Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. H. Heimann

ZUM SUIZID PSYCHISCH KRANKER NACH ENTLASSUNG AUS STATIONÄRER BEHANDLUNG

— Eine Untersuchung über 63 Suizide nach Krankenhausentlassung —

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Doris Müller
aus Stuttgart

1978

Dissertationsdruck
Blasaditsch GmbH • 89 Augsburg 17 • Theodor-Heuß-Platz 3 • Telefon (0821) 51 85 63

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. H. Heimann

ZUM SUIZID PSYCHISCH KRANKER NACH ENTLASSUNG AUS STATIONÄRER BEHANDLUNG

— Eine Untersuchung über 63 Suizide nach Krankenhausentlassung —

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Doris Müller
aus Stuttgart
1978

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Prof. Dr. H.-E. Hoffmeister
Berichterstatter: Prof. Dr. A. Finzen
(Prof. Dr. H. Heimann)

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. Einleitung	1
II. Fragestellung und Methodik	2
1. Fragestellung	2
2. Methodik	4
2.1 Untersuchungszeitraum	
2.2 Ermittlung der Untersuchungsgruppe	
2.3 Untersuchung der Daten	
2.4 Literatur	
III. Untersuchung	9
1. Soziale und demographische Merkmale	9
1.1 Geschlechtsverteilung	
1.2 Alter	
1.3 Familienstand und Wohnsituation	
1.4 Religionszugehörigkeit	
1.5 Soziale Schichtzugehörigkeit	
1.6 Wohnort	
2. Klinische Merkmale	22
2.1 Klinische Diagnosen	
2.2 Therapie	
2.3 Behandlungsergebnis	
2.4 Anzahl der stationären Aufenthalte	
2.5 Verweildauer	
2.6 Einweisung	
2.7 Entlassung	
3. Daten zum Suizid	29
3.1 Zeitpunkt nach Entlassung	
3.2 Vorangegangene Suizidversuche	
3.3 Einschätzung der Suizidalität	
3.4 Ankündigung	
3.5 Suizidmethode	
3.6 Motiv	
3.7 Verteilung der Suizide auf die Jahre, die Jahreszeiten und die Tageszeiten	

Seite

IV. Literaturübersicht 42
V. Diskussion 59
1. Diskussion der Untersuchungsergebnisse 59
1.1 Untersuchungsgruppe
1.2 Soziale und demographische Merkmale
1.3 Klinische Merkmale
1.4 Daten zum Suizid
2. Synopsis der Literatur 86
VI. Zusammenfassung 95
VII. Literaturverzeichnis 98

I. EINLEITUNG

Der Tod als Ausgang der Behandlung eines psychiatrischen Patienten ist die Ausnahme. Um so schwerer wiegt der Tod eines psychiatrischen Patienten durch Selbstmord. Das gilt in besonderem Maße, wenn er während der psychiatrischen Behandlung im Krankenhaus auftritt. Dann hat sich der Behandelnde nicht nur mit dem Verlust des Patienten an sich auseinanderzusetzen, sondern auch mit ausgesprochenen und unausgesprochenen Schuldvorwürfen von Mitarbeitern, vorgesetzten Dienststellen oder - selten - von Angehörigen und mit Schuldgefühlen, die er selber hat. Dennoch ist der Krankenhaussuizid lange aus der wissenschaftlichen Arbeit verdrängt worden. Das gilt in weit stärkerem Maße für den Selbstmord psychiatrischer Patienten nach der Entlassung, obwohl schon seit langem bekannt ist, daß die Suizidhäufigkeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus größer ist als während der Krankenhausbehandlung.

Trotz sorgfältiger Durchsicht der Literatur war es nicht möglich, mehr als ein Dutzend Untersuchungen ausfindig zu machen, die sich mit diesem Problem auseinandersetzten. Im deutschen Sprachraum gibt es nur die Ergebnisse einer Umfrage von H. J. Haase (1972), die sich auf die dürre Aussage beschränken, daß sich 1 % der schizophrenen Patienten, die durch Umfrage über ihre Nervenärzte erfaßt wurden, innerhalb von sechs Monaten nach der Krankenhausentlassung das Leben nahmen und daß 3 % von ihnen einen Selbstmordversuch unternahmen.

Die Ergebnisse der Untersuchung von H. J. Haase (1972) und die in der vorliegenden Arbeit ermittelten Ergebnisse lassen vermuten, daß die Situation in der BRD

nicht anders ist als etwa in den USA, in Israel, Australien oder Schweden, wo entsprechende Untersuchungen vorgenommen worden sind. Aus den wenigen vorhandenen Arbeiten zum Thema des Suizids nach der Entlassung ist zu erkennen, daß die Selbstmordquote entlassener psychiatrischer Patienten etwa doppelt so hoch liegt wie die stationärer Patienten. Mit einer Größenordnung zwischen o,5 und 1,5 % aller Patienten ist sie so groß, daß sie als wesentlicher Faktor in den Überlegungen im Zusammenhang mit Entlassung und Nachsorge einen gebührenden Platz einnehmen muß.

II. FRAGESTELLUNG UND METHODIK

1. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer größeren Untersuchung, die der Problematik des Selbstmords psychiatrischer Patienten unter folgenden Gesichtspunkten gewidmet ist:

- einer Untersuchung des Suizids während des stationären Aufenthalts,
- einer Untersuchung des Suizids entlassener Patienten sowie
- einer epidemiologischer Studie über den Suizid in einem geographisch begrenzten Raum.

Eine wünschenswerte Verbundstudie - vergleichende Untersuchung der Patienten mehrerer Kliniken - konnte nicht realisiert werden; die Untersuchung mußte sich aus technischen Gründen auf die Universitäts-Nervenklinik (UNK) beschränken.

Zur Klärung der Problematik von Suiziden entlassener Patienten wird untersucht, welche Zusammenhänge zwischen der Krankengeschichte, der Person des jeweiligen Suizidanten und dem Suizid bestehen. Unter diesen Aspekten werden die sozialen, demographischen und klinischen Daten und solche zum Suizid untersucht. Es ist in diesem Rahmen nicht möglich, die eigentlichen Ursachen des jeweiligen Suizids aufzudecken, da im individuellen Fall die Suizidtendenz durch ein jeweils unterschiedlich zusammengesetztes Bündel sozialer, psychischer und medizinischer Faktoren bewirkt wird. Es können aber Hinweise darauf gegeben werden, welche Bedeutung den statistisch erfaßbaren verschiedenen Faktoren zukommt. Die für eine Signifikanzberechnung vorauszusetzenden Kriterien sind nicht erfüllt, weshalb auf diese verzichtet werden muß. Dennoch könnten die Untersuchungsergebnisse dazu beitragen, ein Bild der Suizidanten, die nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung Selbstmord begehen, zu vermitteln.

Die vorliegende Studie geht der Frage nach, wieviele und welche Patienten der UNK sich von 1965 bis 1974 nach Entlassung das Leben nahmen und welche klinischen und suizidalen Merkmale sie aufweisen.

Um zu allgemeineren Schlüssen zu gelangen, wird nach einer Literaturübersicht von 11 internationalen Untersuchungen eine Synopsis der Literatur zu den wesentlichen Daten erstellt.

2. Methodik

2.1 Untersuchungszeitraum

Es bot sich an, den zu untersuchenden Zeitraum auf 1o Jahre - 1965 bis 1974 (je einschließlich) - einzugrenzen, da die Patientenkartei der UNK seit 1965 in alphabetischer Ordnung geführt wird. Von den Jahren zuvor existiert keine Kartei; die Patienten wurden lediglich in der zeitlichen Reihenfolge ihrer Aufnahme in Aufnahmebüchern registriert. Die nicht-alphabetische Registrierung erschwert personengebundene Nachforschungen derart, daß im Rahmen dieser Arbeit der Zeitpunkt der Einführung der alphabetischen Kartei als frühester Ansatzpunkt der Untersuchung gewählt wurde. Aus organisatorischen Gründen wurde der Untersuchungszeitraum auf eine Dekade begrenzt und mit Ende des Jahres 1974 abgeschlossen.

2.2 Ermittlung der Untersuchungsgruppe

Die Landespolizeidirektion Tübingen für Südwürttemberg-Hohenzollern ermittelte bis zum Inkrafttreten der Kreisreform in Baden-Württemberg am 1. Januar 1974 über jeden unnatürlichen Todesfall. Von anderen Polizeidirektionen wurde diese Stelle über Suizide in deren Kreisen benachrichtigt, wenn bekannt war, daß der Suizidant im Kreis Tübingen gewohnt hatte.

Durch Vergleich der Selbstmordakten der Polizei (15.ooo Fälle) mit der Patientenkartei der UNK wurden 6o Suizide im Zehnjahreszeitraum zwischen 1965 und 1974 ermittelt. Drei weitere Suizide wurden durch Befragung von Klinik-

personal erfaßt. Diese Zahl läge vermutlich höher,wenn auch diejenigen Patienten berücksichtigt würden, die zwar im Untersuchungszeitraum Selbstmord begingen, deren Behandlung jedoch bereits vor 1965 erfolgte. Um sie festzustellen, wäre es erforderlich gewesen, in den früheren - vor 1965 -, nicht alphabetisch geordneten Aufnahmebüchern der UNK bis zu einem Menschenalter zurückzugehen. Ein solcher Aufwand ist im Rahmen dieser Dissertation nicht möglich.

Man muß davon ausgehen, daß die Angaben über Suizide von ehemaligen Patienten der UNK nicht vollständig sind. Zum einen, weil etwa nur 2/3 der Aufnahmen der UNK aus dem Bereich der Landespolizeidirektion für Südwürttemberg-Hohenzollern kamen; zum anderen, weil die geographische Verteilung der ermittelten Suizide außerordentlich ungleich ist und ihren Schwerpunkt ausgerechnet dort hat, wo das Behandlungs- und Nachsorgeangebot am umfassendsten ist. Darauf wird in der Diskussion zurückzukommen sein.

2.3 Untersuchung der Daten

Nach Feststellung der für die Untersuchung infrage kommenden Personengruppe galt es, ein Bild von der persönlichen Situation der Suizidanten zu gewinnen. Die Befragung der Angehörigen schien nicht sinnvoll, da bei ihnen nicht auszuschließende Schuldgefühle und daraus folgende Verdrängungen und Rationalisierungen einerseits und der bei zum Teil Jahre zurückliegenden Suiziden eingetretene Erinnerungsverlust andererseits nur wenige Informationen erwarten ließen. Aufgrund von Wohnortwechsel und sonstigen Veränderungen hätte es außerdem eines nicht

vertretbaren Aufwandes bedurft, die Angehörigen aufzufinden. Als Informationsquelle kamen deshalb in erster Linie die Akten der UNK und der Polizei in Betracht.

Die den Akten der UNK und der Polizei entnommenen Daten wurden für die einzelnen Suizidanten inhaltlich gegliedert festgehalten. Die Gliederung entspricht weitgehend der im 3. Teil dieser Arbeit durchgeführten thematischen Aufgliederung. Die Datensammlung umfaßte allerdings einige weitere Punkte - z. B. Lebenslauf, Eigen- und Familienanamnese, psychologisches Gutachten -, die in der Untersuchung nicht berücksichtigt wurden. Dies beruhte teilweise darauf, daß das hierzu erfaßbare Material für eine Untersuchung unzureichend war; zum anderen erwiesen sich die, z. B. zum Lebenslauf umfangreichen, Daten aufgrund ihres unspezifischen Charakters als statistisch unauswertbar.

Die wiedergegebenen Daten beziehen sich auf den Zeitpunkt des Suizids mit Ausnahme der klinischen Daten und der Einschätzung der Suizidalität durch den behandelnden Stationsarzt. Letztere beziehen sich auf den Zeitpunkt des letzten stationären Aufenthalts in der UNK. Das gilt auch für jene 9 Suizidanten (14 % der Gesamtpopulation), die durch Verlegung oder Wiederaufnahme zum letzten Mal stationär in einer anderen psychiatrischen Klinik verweilten. Soweit überhaupt klinische Daten aus diesen anderen Kliniken vorliegen, sind sie aus methodischen Gründen - hier nicht diskutierbare Differenzen in Struktur und Aufgaben der Kliniken - nicht verwertbar. Jedoch muß die zeitliche Differenz zwischen Klinikaufenthalt und Selbstmord generell auf den letzten Klinikaufenthalt bezogen werden, da im anderen Fall - Bezug

auf den letzten UNK-Aufenthalt - eine Sonderstellung der UNK unzulässig behaupten würde.

Jeder Gliederungspunkt wurde für die gesamte Untersuchungsgruppe statistisch ausgewertet und mit den Ergebnissen anderer Autoren verglichen. Zum Vergleich mit Selbstmord im allgemeinen wurden insbesondere die Forschungen von E. Stengel (1969) verwandt, da sich bei ihm die ausführlichsten epidemiologischen Untersuchungsergebnisse finden. Ebenso wurden die Analysen von E. Ringel et al. (1969) herangezogen.

Da erwartet werden kann, daß sich Auffälligkeiten der UNK-Patienten allgemein auch bei den Suizidanten zeigen, wurde auch mit den Verteilungen der UNK-Patienten verglichen. Die UNK hat als Klinik für akute Psychiatrie innerhalb psychiatrischer Kliniken eine besondere Stellung, die sich in bestimmten Selektionsfaktoren ausdrückt (siehe A. Finzen et al. 1974). Die UNK-Daten wurden weitgehend der Untersuchung von A. Finzen et al. (1974) entnommen. Dort sind alle im Jahr 1969 an der UNK zur psychiatrischen Behandlung stationär aufgenommenen Patienten (1.116 Personen) erfaßt. Ergänzend wurden weitere Angaben zur UNK bei B. Calov (1973) und A. Finzen (1974) entnommen.

Um weitere Auffälligkeiten erkennen zu können, wurden die festgestellten Daten möglichst mit klinischer Diagnose, Geschlecht, Alter, Familienstand und sozialer Schicht in Beziehung gesetzt. Gegenüberstellungen, die aufgrund zu kleiner Zahlen nicht inhaltlich auswertbar sind oder keine eindeutigen Beziehungen zwischen den verglichenen Merkmalen aufweisen, werden in der Darstellung der Untersuchung nicht berücksichtigt.

2.4 Literatur

Zum Thema des Suizids nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung konnten in der internationalen Literatur 11 mehr oder weniger ausführliche Untersuchungen ausfindig gemacht werden.

Die Ergebnisse dieser 11 Untersuchungen und die jeweiligen Hypothesen der verschiedenen Autoren werden im Kapitel -IV. Literaturübersicht- dargelegt.

Zu den wesentlichsten Daten hinsichtlich des Suizids nach Entlassung wurde eine Synopsis der internationalen Literatur erarbeitet.

III. UNTERSUCHUNG

Die Untersuchung erfaßt 63 Suizide von Patienten, die zwischen 1965 und 1974 in die UNK aufgenommen worden sind. In dieser Zeit wurden von der Klinik rund 11.ooo erwachsene psychisch Kranke behandelt. Die so zu errechnende Suizidrate beträgt o,57 %.

1. Soziale und demographische Merkmale

1.1 Geschlechtsverteilung

Bei den Suizidanten stellen die 34 Männer (54 % der Gesamtpopulation) einen etwas höheren Anteil als die 29 Frauen (46 %). Diese Verteilung entspricht derjenigen der Patienten der UNK mit 47,5 % Frauen und 52,5 % Männern.

Im Gegensatz dazu konstatieren die meisten Autoren ein deutliches Überwiegen der Männer. Die offizielle Statistik der BRD weist bei Männern eine doppelt so hohe Suizidrate auf wie bei Frauen. 1965 zum Beispiel betrug nach G. Möllhoff (1972) und E. Stengel (1969) die Selbstmordrate der Männer 26,8 auf 1oo.ooo und die der Frauen 13,8.

1.2 Alter

Die Altersverteilung der Suizidanten erfolgte nach dem in Statistiken allgemein üblichen Dekadensystem. Es ergibt sich, wie aus Tabelle 1.2.1 hervorgeht, eine relativ gleichmäßige Verteilung von 11 bis 13 Suizidanten pro Dekade, mit Ausnahme der Über-65jährigen.

Alter	n	%
15-25	11	17,5
25-35	13	2o,5
35-45	12	19,1
45-55	12	19,1
55-65	11	17,5
65+	4	6,3
Gesamt	63	1oo

Tab. 1.2.1: Altersverteilung der Suizidanten

Nach E. Stengel (1969) wird in Suiziduntersuchungen im allgemeinen festgestellt, daß die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen, in vorgerücktem Alter sind, ihren Höhepunkt erreicht diese Tendenz zwischen 55 und 64 Jahren. Im Gegensatz dazu ist bei den hier untersuchten Suizidanten eher die Tendenz zu jüngeren Jahrgängen festzustellen.

Auch bei der Altersverteilung der Patienten der UNK ergibt sich eine, sogar noch ausgeprägtere Verschiebung zugunsten jüngerer Jahrgänge. Da in der UNK-Untersuchung (A. Finzen et al., 1974) die Altersgruppen anders eingeteilt sind als in der vorliegenden Arbeit, wurde, um einen direkten Vergleich zu ermöglichen, eine weitere, jenem Schema angepaßte Alterseinteilung vorgenommen. Tab. 1.2.2 bzw. Abb. 1 zeigen die genannten Sachverhalte.

Alter	UNK-Patienten %	Suizidanten n	Suizidanten %
-25	2o,2	11	17,5
26-4o	35,6	18	28,5
41-55	25,4	19	3o,2
56-65	13,1	11	17,5
66+	5,2	4	6,3
Gesamt	1oo	63	1oo

Tab. 1.2.2: Altersverteilung entsprechend dem UNK-Schema

Dieselbe Tendenz zu jüngeren Jahrgängen bei den Suizidanten zeigt sich auch im Vergleich mit der Altersverteilung der BRD-Bevölkerung (siehe: Tab. 1.2.3 bzw. Abb. 2).

Alter	BRD-Bevölkerung %	Suizidanten n	Suizidanten %
15-25	16,5	11	17,5
25-35	2o,3	13	2o,5
35-45	16,5	12	19,1
45-55	13,8	12	19,1
55-65	16,3	11	17,5
65+	16,7	4	6,3
Gesamt	1oo	63	1oo

Tab. 1.2.3: Altersverteilung der BRD-Bevölkerung, aus: Statistisches Jahrbuch für die BRD (197o), und der Suizidanten

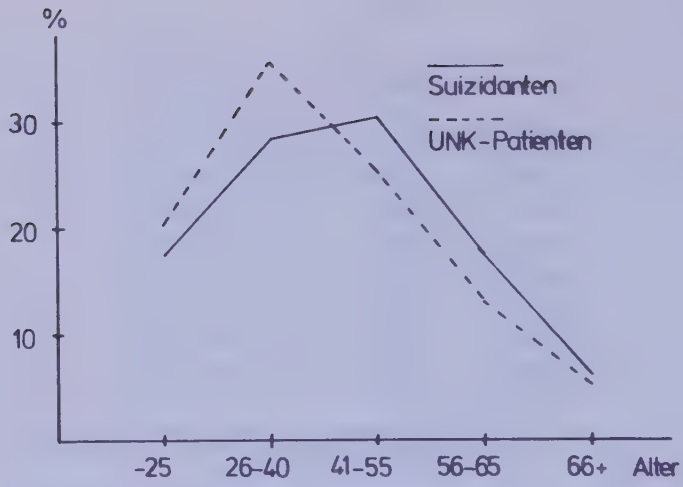


Abb. 1: Altersverteilung der Suizidanten und der Patienten der UNK

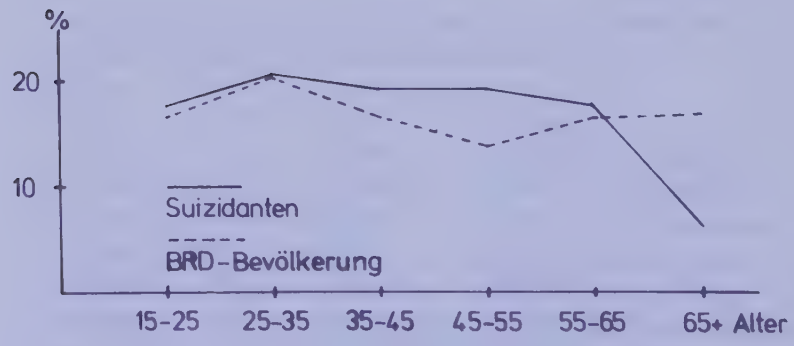


Abb. 2: Altersverteilung der Suizidanten und der Bevölkerung der BRD ab 15 Jahre

1.3 Familienstand und Wohnsituation

Den Familienstand der Suizidanten gibt Tab. 1.3.1 wieder. Stellt man die Alleinstehenden (Ledige, Verwitwete, Geschiedene) den Verheirateten gegenüber, so beträgt der Anteil der Alleinstehenden sowohl bei den Suizidanten als auch bei den UNK-Patienten jeweils rund die Hälfte, nämlich 5o,8 % bzw. 49 % der Gesamtpopulationen. Es muß hinzugefügt werden, daß die Prozentangabe für die UNK auf einer Stichprobe von 2oo Patienten beruht und der Untersuchung von B. Calov (1973) entnommen wurde.

Familienstand	n	%
verheiratet	31	49,2
ledig	24	38,1
verwitwet	7	11,1
geschieden	1	1,6
Gesamt	63	1oo

Tab. 1.3.1: Familienstand der Suizidanten

Demgegenüber sind nach den Angaben des Statistischen Jahrbuchs für die BRD (197o) umgerechnet lediglich 22 % der Bevölkerung über 15 Jahre alleinstehend. Eine positive Korrelation des Faktors "alleinstehend" mit der Suizidrate wird generell festgestellt (siehe z. B. E. Stengel, 1969).

Der Familienstand "alleinstehend" sagt allerdings nicht viel darüber aus, ob der "Alleinstehende" auch tatsächlich allein lebt. Bei der Überprüfung der Wohnsituation

wurde festgestellt, daß von den 32 "Alleinstehenden" 12 bei Familienangehörigen (Eltern oder Kindern) lebten, während 3 der 31 Verheirateten allein lebten.

Von besonderem Interesse bei den Verheirateten ist, daß sich in 5 Fällen mit oder nach der Klinikentlassung die Ehepartner trennten und die Suizidanten eine eigene Wohnung nahmen, entweder allein oder bei den Eltern. Sie begingen alle innerhalb von sechs Monaten danach Suizid.

Familienstand und Alter: Wie aus dem Statistischen Jahrbuch für die BRD (197o) hervorgeht, sinkt ab dem 3o. Lebensjahr die Zahl der Ledigen stark ab. Nur 27,3 % der erwachsenen Ledigen der BRD (Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren ausgeschlossen) sind älter als 3o Jahre. Bei der Überprüfung, ob dies auch bei den Suizidanten der Fall ist, zeigte sich, daß der Anteil der Ledigen über 3o Jahre mit 45,8 % aller Ledigen erheblich höher liegt. Zieht man außerdem noch die UNK-Patienten zum Vergleich heran, so sind auch dort mit 32 % die über 3o Jahre alten unter den Ledigen erheblich schwächer vertreten als bei den Suizidanten. Die Ermittlung der UNK-Prozentangabe wurde von A. Finzen (1974) anhand einer Stichprobe von 1oo Patienten vorgenommen.

1.4 Religionszugehörigkeit

Sowohl die Religionszugehörigkeit der aus dem Kreis Tübingen kommenden Suizidanten, die rund 2/3 der gesamten Untersuchungsgruppe ausmachen, wie auch die Religionszugehörigkeit der gesamten Untersuchungsgruppe entspricht in etwa jener der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen (vgl. Tabb. 1.4.1 und 1.4.2). Vergleicht man

die Religionszugehörigkeit der gesamten Suizidantengruppe aber mit der Religionszugehörigkeit der Einwohner von Baden-Württemberg, so ergibt sich ein Mißverhältnis: bei den Suizidanten sind die Katholiken mit 31,8 % unter-, die Protestanten mit 55,6 % und die "Sonstigen" mit 12,7 % überrepräsentiert (vergleiche Einwohner von Baden-Württemberg: 47 % katholisch, 45 % evangelisch, 8 % sonstige). Dieselbe Tendenz zeigt sich, wenn man nur die Religionszugehörigkeit jener 22 Suizidanten aus sonstigen baden-württembergischen Kreisen (außer dem Kreis Tübingen) mit der Religionszugehörigkeit der Einwohner von Baden-Württemberg vergleicht (siehe Tabb. 1.4.1 und 1.4.3).

	Suizidanten insgesamt	
Religion	n	%
evangelisch	35	55,6
katholisch	2o	31,8
sonstige	8	12,7
Gesamt	63	1oo

Tab. 1.4.1: Religionszugehörigkeit der Suizidanten (gesamte Population)

Religion	41 Suizidanten aus dem Kreis Tübingen %	Einwohner des Kreises Tübingen %
evangelisch	58,5	57
katholisch	31,7	34
sonstige	9,7	9
Gesamt	1oo	1oo

Tab. 1.4.2: Religionszugehörigkeit der 41 Suizidanten bzw. der Einwohner des Kreises Tübingen, aus: Statistik von Baden-Württemberg (1973)

Religion	22 Suizidanten aus anderen baden-württembergischen Kreisen %	Einwohner von Baden-Württemberg %
evangelisch	5o	45
katholisch	31,8	47
sonstige	18,2	8
Gesamt	1oo	1oo

Tab. 1.4.3: Religionszugehörigkeit der 22 Suizidanten bzw. der Einwohner von Baden-Württemberg, aus: Statistik von Baden-Württemberg (1973)

Wegen der kleinen Zahlen sind die Unterschiede nicht signifikant zu machen. Vergleichszahlen für die UNK existieren nicht.

1.5 Soziale Schichtzugehörigkeit

In der Soziologie gibt es keinen allgemein anerkannten Schichtbegriff. Eine Vielzahl von Schichtmodellen verwendet je nachdem Kriterien wie Einkommen, Beruf, Herkunft u. a. als Determinanten für die Schichtbestimmung. Da bei den Suizidanten vor allem der Beruf als Determinante in Betracht kam, erfolgte ihre Schichteinteilung mit Hilfe der Bewertungsmaßstäbe von G. Kleining und H. Moore (1960), die ausschließlich den Beruf als Indikator für die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht verwenden. Frauen und Auszubildende (Lehrlinge, Schüler und Studenten) werden der Schicht des Mannes oder Vaters zugeordnet. Welche Berufe zu welcher Schicht gerechnet werden, zeigt Tab. 1.5.1.

Schicht	Abkürzung	Berufsbeispiele
Oberschicht	O	Inhaber großer Unternehmen, Prestige-Berufe in Politik, Wirtschaft
Obere Mittelschicht	OM	Direktoren, Fachärzte
Mittlere Mittelschicht	MM	Fachschullehrer, Polizeiinspektoren
Untere Mittelschicht		
nicht industriell	UM/NI	Untere Beamte, Buchhalter
industriell	UM/I	Industriemeister, besondere Facharbeiter
Obere Unterschicht		
nicht industriell	OU/NI	kleine Bauern, Krankenpfleger
industriell	OU/I	Maschinenschlosser, Dreher
Untere Unterschicht	UU	Bauarbeiter
Sozial Verachtete	SV	Gepäckträger, Hilfsarbeiter

Tab. 1.5.1: Kleining-Mooresches Schichtenmodell

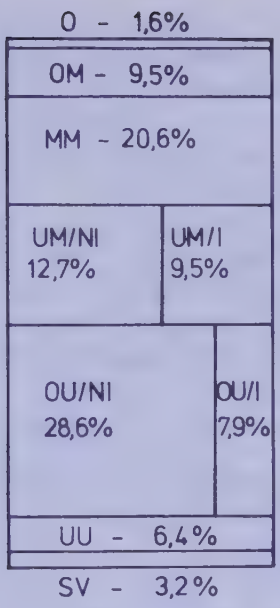
Die soziale Schichtzugehörigkeit der Suizidanten entspricht in etwa jener der Klinik, in der obere und mittlere Mittelschicht gegenüber der Gesamtbevölkerung der BRD überrepräsentiert sind. Von den Suizidanten gehören 3o,1 % zur oberen und mittleren Mittelschicht, denen nur 2o % der Gesamtbevölkerung gegenüberstehen. Entsprechend weniger sind mit 6,4 % Angehörige der unteren Unterschicht bei den Suizidanten vertreten, während immerhin 17 % der Gesamtbevölkerung dieser Schicht zugerechnet werden. Die "breite Masse" (untere Mittelschicht und

obere Unterschicht zusammengefaßt) beträgt sowohl bei den Suizidanten als auch bei der Gesamtbevölkerung jeweils 58 %. Daß bei den Suizidanten innerhalb der "breiten Masse" die nicht industriell Arbeitenden der oberen Unterschicht relativ häufig vertreten sind, dürfte auf die vorwiegend agrarische Struktur des Kreises Tübingen zurückzuführen sein (siehe Tabelle 1.5.2). Die genannten Angaben sind in Abb. 3 graphisch dargestellt; die Zahlen für die Bevölkerung der BRD wurden bei G. Kleining und H. Moore (196o) entnommen.

Schicht	n	%
O	1	1,6
OM	6	9,5
MM	13	2o,6
UM(NI/I)	14 (8/6)	22,2 (12,7/9,5)
OU(NI/I)	23 (18/5)	36,5 (28,6/7,9)
UU	4	6,4
SV	2	3,2
Gesamt	63	1oo

Tab. 1.5.2: Soziale Schichtzugehörigkeit der Suizidanten

Da eine gravierende Änderung der Schichtzugehörigkeit häufig zu einer "marginalen Situation" und dadurch zu massiven Konflikten führt (vgl. E. V. Stonequist, 1961), wurden jene unter den Suizidanten erfaßt, deren Schichtzugehörigkeit zum Zeitpunkt des Suizids um mehr als eine Schicht von der ihrer Eltern abwich. Es konnten 7 Aufsteiger und 4 Absteiger unter den Suizidanten ermittelt werden. Bemerkenswert sind 6 Aufsteiger unter den insgesamt 13 Suizidanten der mittleren Mittelschicht.



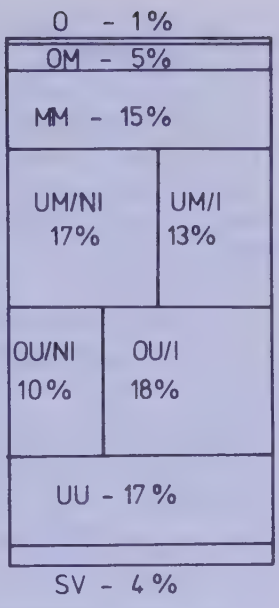


Abb. 3:

Soziale Schichtung der Suizidanten

Soziale Schichtung der BRD-Bevölkerung

Betrachtet man außerdem noch die Schichtzugehörigkeit der 5 Studenten und Gymnasiasten, die sofern sie ihre Ausbildung beendet hätten, vermutlich großen Teils auch zur mittleren Mittelschicht gehört hätten, so ist festzustellen, daß auch sie aus niedereren Schichten kommen (3 aus der oberen Unterschicht, 1 aus der unteren Unterschicht, 1 aus der unteren Mittelschicht).

1.6 Wohnort

41 (65 %) der Suizidanten kamen aus dem Kreis Tübingen, 7 aus dem Kreis Reutlingen. Aus dem übrigen Einzugsgebiet der UNK kamen nur einzelne Suizidanten (siehe Abb. 4).

Bemerkenswert ist, daß zwei Drittel aller Suizidanten aus dem Landkreis Tübingen kommen, aus dem sich nur 25 % der Patienten der UNK rekrutieren, und 78 % (49 Suizidanten) kommen aus einem Bereich - dem möglichen Tagesklinik-Einzugsbereich, der den Kreis Tübingen und die Städte Herrenberg, Hechingen und Horb sowie einen Großteil des Kreises Reutlingen umfaßt -, aus dem sich 36 % der Patienten der UNK rekrutieren (vgl. A. Finzen, 1974). Aus Tab. 1.6 geht hervor, daß die Anzahl der Suizidanten proportional zur Entfernung von der UNK abnimmt, während dies bei den UNK-Patienten nicht der Fall ist.

Entfernung des Wohnorts	Suizidanten	UNK
Tagesklinik-Einzugsbereich	77,8 %	36 %
Gebiete im Umkreis von 5o km Luftlinie von Tübingen außer dem oben erfaßten Bereich	14,3 %	4o %
Gebiete außerhalb von 5o km Entfernung von Tübingen	7,9 %	23 %
Gesamt	1oo	1oo

Tab. 1.6: Wohnort der Suizidanten und der UNK-Patienten in 3 Entfernungszonen

Abb. 4:
Wohnort der Suizidanten (die Zahlen geben die Anzahl der Suizidanten wieder, die aus dem betreffenden Landkreis -vor der Gemeindereform- kommen; der eingezeichnete Kreis umfaßt die Gebiete in 5o km Entfernung Luftlinie von der UNK)

2. Klinische Merkmale

2.1 Klinische Diagnosen

Die Klassifikation der Diagnosen bei den Suizidanten erfolgte nach dem Diagnoseschlüssel der WHO (1973), wobei unter den neurotischen Erkrankungen auch die Persönlichkeitsstörungen und Versagenszustände erfaßt wurden. In 5 Fällen waren 2 Diagnosen gestellt worden. Hier wurde die das ursächliche Krankheitsbild festhaltende Diagnose als Hauptdiagnose genommen. Als Zweitdiagnose kamen vor allem Alkoholismus und Tablettenabusus vor. Die Diagnoseverteilungen der Suizidanten und im Vergleich dazu die der UNK-Patienten sind aus Tab. 2.1 ersichtlich.

Diagnose	Suizidanten n	Suizidanten %	UNK-Patienten %
Schizophrenie	14	22,2	18,5
Affektive Psychose	18	28,6	19,2
Neurotische Erkrankung	22	34,9	38,4
Alkoholismus	6	9,5	7,5
Organisches Psychosyndrom	3	4,8	8,7
Sonstige	-	-	7,7
Gesamt	63	1oo	1oo

Tab. 2.1: Diagnoseverteilung der Suizidanten und der UNK-Patienten

In der gesamten Suizidliteratur wird festgestellt, daß die endogene Depression - nach dem Diagnoseschlüssel der WHO (1973) zur affektiven Psychose gehörend - die psychische Störung mit der höchsten Suizidrate ist.

Auch bei den Suizidanten sind, wie aus Tab. 2.1 hervorgeht, die an einer affektiven Psychose Erkrankten am stärksten vertreten, wenn man mit der UNK-Population vergleicht. Die Häufigkeiten der anderen Diagnosegruppen weisen eine geringere Differenz zwischen Suizidanten und UNK-Patienten auf; etwas erhöht ist der Anteil der Schizophrenen und Alkoholiker, während die neurotisch Erkrankten und die an einem organischen Psychosyndrom leidenden Patienten etwas schwächer bei den Suizidanten vertreten sind als bei den UNK-Patienten. Zum Anteil der neurotischen Erkrankungen ist anzumerken, daß ein beträchtlicher Teil dieser Patienten nach Selbstmordversuchen aus anderen Kliniken übernommen und meist nach zeitlich begrenzter Krisenintervention wieder entlassen wurde (siehe Untersuchungsabschnitte 2.6 und 3.2).

2.2 Therapie

Von den 63 Suizidanten wurden nach Krankenblattangaben 5, die nur kurze Zeit in der Klinik verblieben, gar nicht behandelt, 46 medikamentös, 27 psychotherapeutisch (Einzel- und Gruppengespräche), 16 durch Schlafentzug (4x), Insulin (4x) oder Elektrokrampf (2x). 2 wurden zur Alkohol-Entziehungskur weiterverlegt. Bei 20 wird außerdem noch Beschäftigungstherapie speziell angegeben. Überschneidungen, z. B. zwischen medikamentöser und Psycho-Therapie, kommen vor.

Mangels entsprechender Daten bzw. zum Vergleich notwendiger ähnlicher Bedingungen können die Ergebnisse dieses Untersuchungspunktes nicht mit den UNK-Patienten allgemein bzw. den Ergebnissen anderer Autoren verglichen werden. Außerdem wurde dann in der vorliegenden

Arbeit sonst generell angewandte Prinzip, die klinischen Daten auf den Zeitpunkt des letzten stationären Aufenthalts in der UNK zu beziehen, bei der Untersuchung der Therapie außer Acht gelassen. Um einen Überblick zu erhalten, wurde die gesamte Therapie aller stationären Aufenthalte zusammen - soweit bekannt - untersucht.

2.3 Behandlungsergebnis

Die Beurteilung der Behandlung ist nur mit Einschränkungen verwendbar, da sie lediglich formal (Ankreuzen der vorgedruckten Begriffe "geheilt" oder "gebessert" oder "unverändert" oder "Behandlung abgebrochen") im Krankenblatt festgehalten wird. Dennoch werden diese Ergebnisse hier aufgeführt, denn es fällt die relativ hohe Zahl von 41 Suizidanten (65,1 % der Gesamtpopulation) auf, deren Therapie als erfolgreich ("geheilt" oder "gebessert") beurteilt wurde. 15 Suizidanten wurden in ihrem Gesundheitszustand als unverändert bezeichnet; bei 3 Suizidanten erfolgte die Entlassung gegen ärztlichen Rat. Bei 4 Suizidanten waren keine Angaben vorhanden (siehe Tab. 2.3).

Behandlungsergebnis	n	%
geheilt oder gebessert	41	65,1
unverändert	15	23,8
Entlassung gegen ärztlichen Rat	3	4,8
keine Angaben	4	6,3
Gesamt	63	1oo

Tab. 2.3: Behandlungsergebnis der Suizidanten

Behandlungsergebnis und Diagnose: Bemerkenswert ist, daß das Behandlungsergebnis bei den Suizidanten mit affektiver Psychose fast immer als gut eingeschätzt wurde; von den 18 Suizidanten mit einer affektiven Psychose wurden 15 (83,3 % der affektiven Psychosen) als gebessert betrachtet.

2.4 Anzahl der stationären Aufenthalte

Die Suizidanten waren zwischen ein- und neunmal stationär in psychiatrischen Anstalten aufgenommen worden. Zusammen waren die 63 Suizidanten 153mal stationär aufgenommen worden. Davon verbrachten sie 1o6 Aufenthalte (69,3 %) in der UNK, die anderen 47 Aufenthalte (3o,7 %) in anderen Nervenkliniken. Im Durchschnitt hatten sie 2,4 psychiatrische Krankenhausaufenthalte hinter sich.

Im Vergleich zu den UNK-Patienten wurden sie, wie aus Tab. 2.4 hervorgeht, wesentlich häufiger stationär aufgenommen. Die Mehrfachaufnahmen (2 und mehr stationäre Aufenthalte) sind mit 55,5 % (UNK-Patienten: 3o %) bei den Suizidanten auffallend höher, die Erstaufnahmen mit 44,5 % (UNK-Patienten: 7o %) auffallend niedriger als bei den UNK-Patienten. Hinzugefügt werden muß, daß die UNK-Angaben auf einer Stichprobe von 2oo Patienten beruhen und aus B. Calov (1973) entnommen wurden.

Anzahl der stationären Aufenthalte und Diagnose: Untersucht man die Anzahl der stationären Aufenthalte innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen, so ergeben sich bei den Suizidanten mit einer Psychose 71,9 % Mehrfachaufenthalte im Gegensatz zu nur 39,4 % Mehrfachaufenthalten bei den Suizidanten mit einer neurotischen Erkrankung oder der Diagnose Alkoholismus.

Anzahl der stationären Aufenthalte	Suizidanten n	Suizidanten %	UNK-Patienten %
1 stationärer Aufenthalt	28	44,5	7o
2 stationäre Aufenthalte	14	22,2	18
3 und mehr stationäre Aufenthalte	21	33,3	12
Gesamt	63	1oo	1oo

Tab. 2.4: Anzahl der stationären Aufenthalte bei den Suizidanten und den UNK-Patienten

Anzahl der stationären Aufenthalte und Geschlecht: Auffallend ist, daß die weiblichen Suizidanten durchschnittlich 2,7 stationäre Aufenthalte haben, die männlichen Suizidanten aber nur 1,8 Aufenthalte. Bei den UNK-Patienten lassen sich solche geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht feststellen (vgl. B. Calov, 1973).

2.5 Verweildauer

Die Verweildauer des letzten stationären Aufenthalts in der UNK beträgt zwischen 1 und 213 Tagen und beläuft sich auf durchschnittlich 38 Tage. Damit liegt sie etwas unter der durchschnittlichen Verweildauer pro stationäre Aufnahme der UNK-Patienten von 42 Tagen, wobei letztere im Vergleich zu anderen Kliniken bereits relativ kurz ist (siehe A. Finzen et al.,1974).

Verweildauer und Diagnose: Die psychotisch Kranken hatten mit 46 Tagen durchschnittlich eine längere Verweildauer als die neurotisch Kranken und Alkoholiker mit 31 Tagen.

2.6 Einweisung

Die Einweisung erfolgte bei 14 Suizidanten durch den Hausarzt, bei 17 durch ein anderes Krankenhaus, bei 11 durch einen niedergelassenen Nervenarzt und 21 wurden unter "Poliklinik der UNK" registriert. Unter letzteren befinden sich 12 Suizidanten (19,1 % der Gesamtpopulation), die ohne ärztliche Einweisung kamen; entweder kamen sie auf eigene Initiative (4x), auf Veranlassung einer staatlichen Institution (3x) oder sie wurden von Freunden bzw. Verwandten gebracht (5x). Auch in der UNK-Untersuchung wurden Patienten, die ohne ärztliche Einweisung kamen, unter Poliklinik registriert. Den Vergleich des Einweisungsmodus bei den Suizidanten und den UNK-Patienten gibt Tab. 2.6 wieder.

	Suizidanten		UNK-Patienten
Einweisender Arzt	n	%	%
Hausarzt	14	22,2	31
Krankenhaus	17	27	18
Nervenarzt	11	17,5	19
Poliklinik der UNK	21	33,3	22
Sonstige (privat u. PLK)	-	-	1o
Gesamt	63	1oo	1oo

Tab. 2.6: Einweisung der Suizidanten und der UNK-Patienten

Die in der UNK-Untersuchung hervorgehobenen relativ zahlreichen Einweisungen durch ein nichtpsychiatrisches Krankenhaus (18 % der UNK-Patienten) waren bei den Suizidanten mit 27 % noch häufiger. Dies steht

in engem Zusammenhang mit vorangegangenen Suizidversuchen: von den 17 Suizidanten, die durch ein anderes, nicht-psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen wurden, war bei 15 ein Suizidversuch vorausgegangen (23,8 % der Gesamtpopulation). Man vergleiche hierzu auch Untersuchungsabschnitt 3.2. Auch durch die Poliklinik der UNK wurden mehr Suizidanten (33,3 %) eingewiesen als Patienten insgesamt (22 %). Ungefähr gleich häufig wurden Suizidanten und Patienten allgemein über einen niedergelassenen Nervenarzt eingewiesen (17,5 % und 19 %). Vom Hausarzt dagegen wurden 31 % der UNK-Patienten, aber nur 22,2 % der Suizidanten eingewiesen.

2.7 Entlassung

Etwa die Hälfte der Suizidanten wurde nach Entlassung von einem Facharzt für psychiatrische Erkrankungen weiterbetreut; 28 waren in ambulanter Behandlung bei einem niedergelassenen Nervenarzt oder der Poliklinik der UNK, 5 Suizidanten wurden in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus verlegt. Die anderen Suizidanten wurden entweder zum Hausarzt oder einem Facharzt für organische Krankheiten überwiesen. Bei 8 Suizidanten ist die weitere ärztliche Betreuung nicht bekannt. Eine genauere Aufschlüsselung der weiterbetreuenden Institutionen gibt Tab. 2.7 wieder. Vergleichszahlen für die UNK existieren nicht.

Als Sonderfall sind 4 Suizidanten zu betrachten, die zwar regulär aus der UNK entlassen wurden, aber vor ihrem Suizid noch einen weiteren stationären Aufenthalt in einer anderen psychiatrischen Klinik hatten. Insgesamt waren somit 9 Patienten (14,3 % der Gesamtpopulation)

durch Verlegung oder Wiederaufnahme nach ihrem Aufenthalt in der UNK in einem weiteren psychiatrischen Krankenhaus.

Weiterbetreuende Institution	n	%
Facharzt für psychiatrische Erkrankungen	28	44,5
Psychiatrisches Landeskrankenhaus	5	7,9
Hausarzt oder Facharzt für organische Erkrankungen	22	34,9
Entlassung gegen ärztlichen Rat	3	4,8
Sonstige	5	7,9
Gesamt	63	1oo

Tab. 2.7: Ärztliche Weiterbetreuung derSuizidanten nach ihrer Entlassung

3. Daten zum Suizid

3.1 Zeitpunkt nach Entlassung

Die Untersuchung der zeitlichen Differenz zwischen der Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung und dem Suizid warf methodische Probleme auf, da 9 der 63 Suizidanten ihren letzten stationären Aufenthalt nicht in der UNK, sondern in einer anderen Nervenklinik verbrachten (vgl. Abschnitt 2.7). Um vergleichbare Daten zu erhalten, mußte der Zeitpunkt der Entlassung vom letzten stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Anstalt überhaupt gewählt werden, auch wenn dabei die unterschiedlichen Bedingungen verschiedener psychiatrischer Institutionen nicht berücksichtigt werden können.

Bei den Suizidanten erstreckt sich die zeitliche Differenz zwischen Entlassung und Suizid von einem Tag bis zu sieben Jahren, wobei, wie aus Tab. 3.1 hervorgeht, die Anzahl der Suizidanten in einem umgekehrten Verhältnis zur Differenz steht: je geringer die Differenz, desto mehr Suizide. Innerhalb von drei Monaten nach Entlassung hatten sich 44,4 % der Suizidanten getötet, innerhalb von sechs Monaten waren es insgesamt 61,9 %.

Zeitpunkt nach Entlassung und Diagnose: Bei den schizophrenen Suizidanten waren die Zahlen noch deutlicher: 5 der 14 Schizophrenen töteten sich innerhalb von 3o Tagen, 4 in den folgenden zwei Monaten, 4 in den folgenden drei Monaten und der letzte nach 8 1/2 Monaten.

Zeitpunkt des Suizids nach Entlassung	n	%	nach Entl. insgesamt %
bis zu 1 Monat	14	22,2	
2 - 3 Monate	14	22,2	
			44,4
4 - 6 Monate	11	17,5	
			61,9
7 - 12 Monate	6	9,5	
			71,4
mehr als 1 Jahr	18	28,6	
Gesamt	63		1oo

Tab. 3.1: Zeitpunkt des Suizids nach Entlassung

3.2 Vorangegangene Suizidversuche

Von mehr als der Hälfte der Suizidanten (57,1 %) war eine suizidale Vorgeschichte bekannt: 17 (27 %) hatten nach ihren eigenen Angaben oder nach Angaben aus dem Kreis der Verwandten und Bekannten 1 Suizidversuch unternommen; 19 (3o,1 %) hatten zwischen 2 und 7 Suizidversuche unternommen. Bei den restlichen 27 (42,9 %) war kein Suizidversuch bekannt. Bei K. J. Linden (1972) wird angegeben, daß bei 22 % bzw. 33 % der von ihm untersuchten Suizidanten Selbstmordversuche vorausgegangen waren. Die Zahlen für die hier untersuchten Suizidanten liegen also deutlich höher. Bei 23 der Suizidanten (36,5 %) war ein Suizidversuch der Grund zur Einweisung, worunter der hohe Anteil von 15 neurotisch Kranken (68,2 % aller neurotisch Kranken) auffiel.

Vorangegangene Suizidversuche und Diagnose: Bei den 14 Schizophrenen sind nur bei 4 vorangegangene Suizidversuche bekannt, bei den 22 neurotisch Erkrankten dagegen bei 15.

Vorangegangene Suizidversuche und Geschlecht: Wie allgemein in Suizidstatistiken festgestellt wird (siehe E. Stengel, 1969), haben auch bei den Suizidanten die Frauen weit mehr Suizidversuche unternommen als die Männer: 68,9 % der Frauen mit einer suizidalen Vorgeschichte stehen nur 47,1 % der Männer gegenüber. Über die Methoden der Suizidversuche war in den Krankengeschichten oft nichts ausgesagt.

3.3 Einschätzung der Suizidalität

Aus den Krankengeschichten war ersichtlich, daß 41 Suizidanten irgendwann im Laufe der Behandlung für suizidal gehalten wurden. Das galt in besonderem Maße für jene unter diesen Suizidanten, bei denen ein Suizidversuch vorangegangen war (3o Probanden). Ein Vergleich mit den UNK-Patienten ist nicht möglich, da kein statistisches Material über die Einschätzung der Suizidalität bei den UNK-Patienten vorliegt.

Einschätzung der Suizidalität und Diagnose: Auch die neurotisch Kranken wurden häufig für suizidal gehalten (von den 22 Probanden mit dieser Diagnose waren 19 für suizidal gehalten worden, das sind 86,4 %), nicht aber die Schizophrenen, von denen nur 5o % für suizidal gehalten wurden.

3.4 Ankündigung

12 der Suizidanten (19,1 %) kündigten ihren Suizid vorher gegenüber Familie oder Freunden an. Diese Angaben sind den Unterlagen der Polizei entnommen; sie sind möglicherweise lückenhaft. E. Stengel (1969) nennt Zahlen von 6o - 75 % der Selbstmörder, die, wie sich bei genaueren Nachforschungen ergibt, ihren Selbstmord ankündigen.

3.5 Suizidmethode

In der Literatur gibt es keine einheitliche Zuordnung der einzelnen Selbstmordarten zu den harten oder weichen Methoden. In der vorliegenden Untersuchung wurde im

Wesentlichen die Einteilung von H. Henseler (1974) benutzt. Diese Einteilung bot sich an, da sie auf einer Unterscheidung der Selbstmordarten nach dem Sterberisiko beruht; d. h., sie bietet - anders als Unterscheidungen etwa in "milde" und "brutale" Formen (Pöldinger 1968) - einen gewissen Ansatz zu einer objektiven Unterscheidung. Nur das Ertränken, bei Henseler als weiche Methode bezeichnet, wurde hier zu den harten Methoden gezählt. Dies schien sinnvoll, da diese Methode ausschließlich von Suizidanten über dem 5o. Lebensjahr gewählt wurde, worunter vorwiegend Frauen waren - außer einem im 7o. Jahr stehenden Mann. Da man annehmen kann, daß die wenigsten von ihnen schwimmen konnten, war das Sterberisiko also bei ihnen relativ hoch und somit die Methode als hart zu bezeichnen.

Bei den Suizidanten überwiegen mit 58,8 % die harten Methoden, während die weichen Methoden von 34,9 % angewandt wurden. Bei 4 Suizidanten (6,3 %) ist die Suizidmethode nicht bekannt. Besonders häufig wurden folgende 2 Methoden gewählt: die Strangulation (harte Methode) steht mit 39,7 % deutlich an der Spitze, gefolgt von Suizid durch Medikamente (weiche Methode) mit 22,2 %. Die Häufigkeit der anderen Suizidmethoden liegt mit weniger als je 1o % weit darunter; Tab. 3.5 zeit die Häufigkeit der einzelnen Methoden.

Harte Methode	n	%	Weiche Methode	n	%
Strangulation	25	39,7	Medikamente	14	22,2
Zug	2	3,2	Gas	3	4,8
Sturz	3	4,8	Gift	5	7,9
Schuß	1	1,6	Gesamt	22	34,9
Ertränken	6	9,5			
Gesamt	37	58,8	Unbekannt	4	6,3

Tab. 3.5: Suizidmethoden

Die genannte Tendenz in der Wahl der Suizidmethode wird in der Literatur allgemein festgestellt. In Abb. 5 sind zum Vergleich die Häufigkeiten der Suizidmethoden bei den Suizidanten und bei der BRD-Bevölkerung im Jahre 1968 dargestellt. Die Zahlen für die BRD-Bevölkerung wurden aus G. Möllhoff (1972) entnommen.

Suizidmethode und Alter: Es läßt sich ein Zusammenhang zwischen Suizidmethode und Alter herstellen; bei den 27 älteren Suizidanten kommen harte Methoden häufiger vor als bei den 36 jüngeren. So wurden in der Gruppe der Über-45jährigen harte Methoden von 21 (77,8 %), weiche Methoden von 5 (18,5 %) angewandt. In der Gruppe der bis zu 45 Jahre alten beläuft sich der Anteil harter bzw. weicher Methoden auf 16 (44,4 %) bzw. 17 (47,2 %) Suizidanten. Bei 3 (8,3 %) Jüngeren und 1 (3.7 %) Älteren ist die Methode nicht bekannt.

Suizidmethode und Diagnose: Stellt man die psychotisch Kranken den neurotisch Kranken und den Alkoholikern gegenüber, so ergibt sich, daß die psychotisch Kranken deutlich die harten Methoden bevorzugen. Von 24 Suizidanten (75 %) dieser Diagnosegruppe wurden harte Methoden angewandt, während nur 6 (18,8 %) von ihnen sich mittels einer weichen Methode töteten. Bei 2 (6,2 %) ist die Methode nicht bekannt. Demgegenüber dominieren bei den neurotisch Kranken und Alkoholikern die weichen Methoden, welche von 14 (5o %) Suizidanten mit solch einer Diagnose benützt wurden. 12 (42,9 %) von ihnen begingen Suizid mittels einer harten Methode, und bei 2 (7,1 %) ist die Methode nicht bekannt.

Damit wird die in der Literatur (siehe z. B. G. Ritzel, 1974) gemachte Feststellung bekräftigt, daß ein Zusammen-

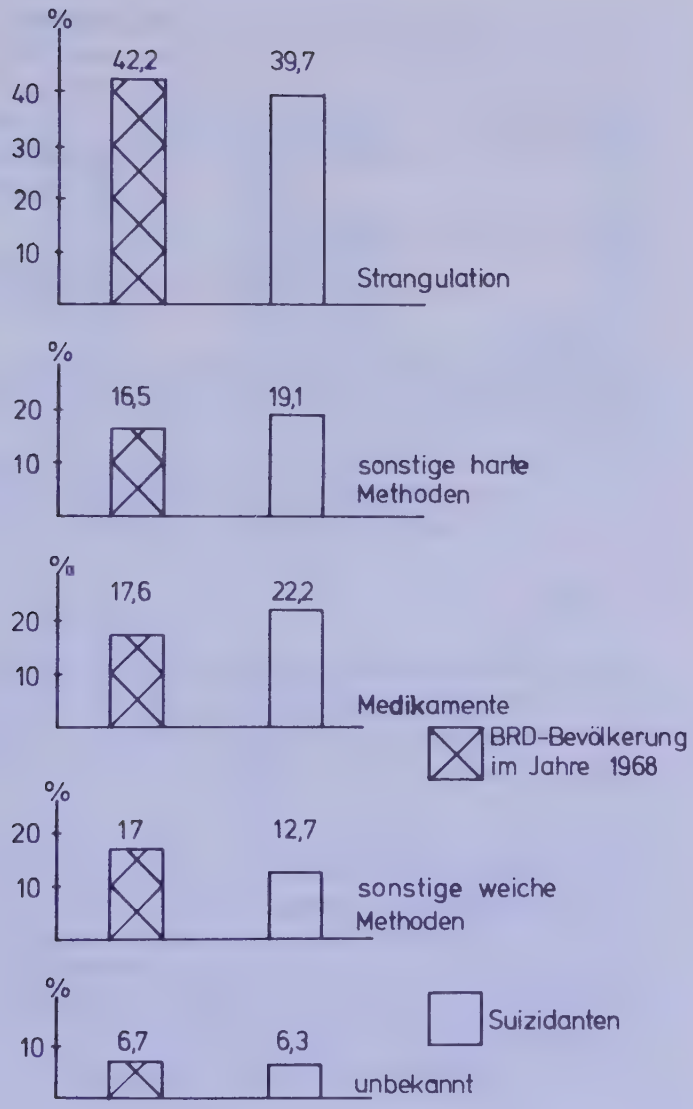


Abb. 5: Suizidmethoden der BRD-Bevölkerung im Jahre 1968 und der Suizidanten

hang zwischen harter Suizidmethode und Psychose besteht (siehe Abb. 6).

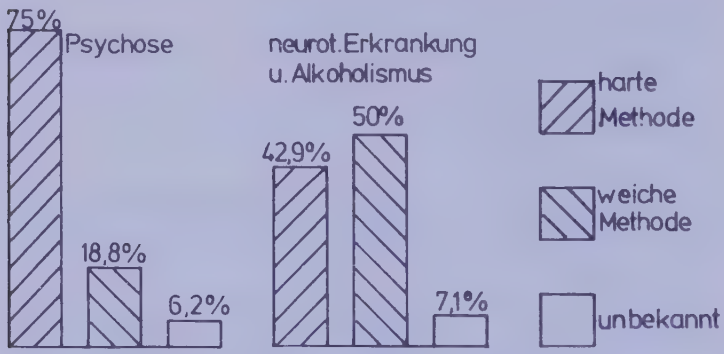


Abb. 6: Häufigkeit der harten bzw. weichen Suizidmethoden bei den psychotisch Kranken und den neurotisch Kranken u. Alkoholikern

3.6 Motiv

Auskunft über die Selbstmordmotive war aufgrund der Begrenzung des Untersuchungsansatzes nur in Einzelfällen zu erhalten. Die Angaben darüber entstammen ausschließlich den Unterlagen der Polizei.

Aktuelle Motive wurden bei 12 Suizidanten als Anlaß festgehalten. Dabei handelte es sich vorwiegend um interpersonelle Konflikte - Familienstreit, Streit mit der Freundin oder mit dem Freund, bis hin zur Ehescheidung. Dies war bei 1o dieser 12 Suizidanten der Fall. Berufliche Probleme, wie Arbeitslosigkeit oder Erntesorgen, spielten bei vier Suizidanten eine Rolle. Bei zweien waren sie gekoppelt mit ehelichen Schwierigkeiten.

Bemerkenswert ist, daß die meisten (9) der betreffenden 12 Suizidanten zur Diagnosegruppe neurotische Erkrankung und Alkoholismus (mit insgesamt 28 Suizidanten) gehören, während zur Gruppe psychotische Erkrankung (mit insgesamt 32 Suizidanten) nur drei gehören.

3.7 Verteilung der Suizide auf die Jahre, die Jahreszeiten und die Tageszeiten

Verteilung der Suizide auf die Jahre 1965 - 1974: Wie bekannt, konnten im untersuchten Zeitraum von 1o Jahren - 1965 bis 1974 - 63 Suizidanten ermittelt werden, die ehemalige Patienten der UNK waren. Das ergibt im Durchschnitt 6 Suizidanten pro Jahr. Die tatsächliche Verteilung ist in Abb. 7 dargestellt und liegt zwischen 2 und 16 Suizidanten pro Jahr.

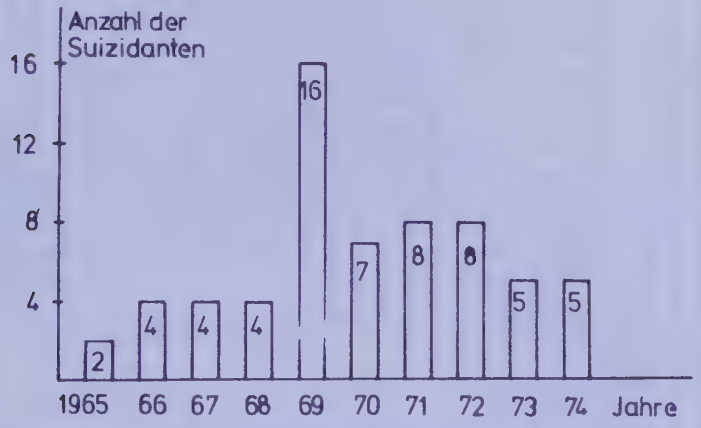


Abb. 7: Anzahl der Suizidanten während der Jahre 1965 bis 1974

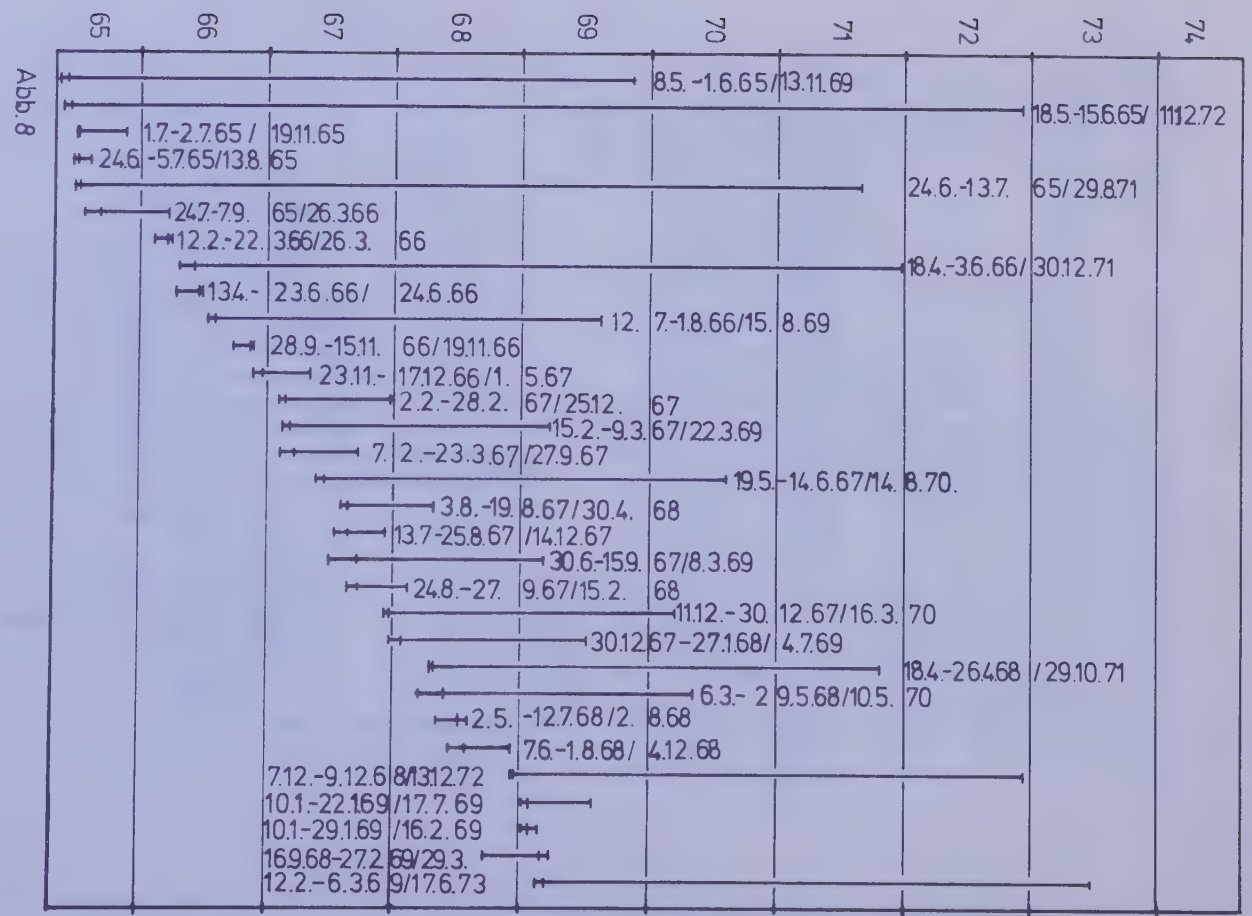

65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
8.5.-1.6.65/13.11.69
18.5.-15.6.65/ 11.12.72
1.7.-2.7.65 / 19.11.65
24.6.-5.7.65/13.8.65
24.6.-13.7. 65/29.8.71
24.7.-7.9. 65/26.3.66
12.2.-22. 3.66/26.3. 66
18.4.-3.6.66/ 30.12.71
13.4.- 23.6.66/ 24.6.66
12. 7.-1.8.66/15. 8.69
28.9.-15.11. 66/19.11.66
23.11.- 17.12.66/1. 5.67
2.2.-28.2. 67/25.12. 67
15.2.-9.3.67/22.3.69
7. 2.-23.3.67/27.9.67
19.5.-14.6.67/14. 8.70.
3.8.-19. 8.67/30.4. 68
13.7-25.8.67/14.12.67
30.6-15.9. 67/8.3.69
24.8.-27. 9.67/15.2. 68
11.12.-30. 12.67/16.3. 70
30.12.67-27.1.68/ 4.7.69
18.4.-26.4.68 / 29.10.71
6.3.- 29.5.68/10.5. 70
2.5. -12.7.68/2. 8.68
7.6.-1.8.68/ 4.12.68
7.12.-9.12.68/13.12.72
10.1.-22.1.69/17.7.69
10.1.-29.1.69/16.2.69
16.9.68-27.2.69/29.3.
12.2.-6.3.69/17.6.73

Abb. 8

74
73
72
71
70
69
68
67
66
65
14.2.-22.5.74/ca. 30.7.74
18.1.-23.1.74/22.4.74
1.1.-11.1.74/23.3.74
5.12.-6.12.73/9.12.73
16.11.72-26.1.73/ca. 15.6.74
13.9.-2.11.72/11.10.72
8.9.72/6.72/27.8.72
2.11.71-3.12.71/10.12.72
1.12.71-14.2.71/10.12.72
27.10.-13.12.71/15.5.74
14.7.-28.9.71/18.7.72
16.7.-3.9.71/11.2.72
4.6.-22.7.71/7.8.73
22.5.-9.7.71/25.12.71
12.7.70-2.4.71/16.4.71
17.2.-3.3.71/11.72
10.11.-20.12.70/ca. 5.7.73
15.4.-23.5.70/29.8.70
20.2.-3.3.70/4.4.71
19.2.-20.2.70/21.5.70
12.12.69-17.2.70/14.5.70
17.12.-20.12.69/16.5.71
15.10.-14.11.69/28.11.69
13.9.-18.9.69/26.7.73
1.8.-8.9.69/27.9.69
24.6.-5.9.69/4.12.69
9.6.-12.7.69/14.9.69
4.6.-7.6.69/19.4.70
14.3.-30.4.69/7.8.71
9.4.-16.4.69/1.7.69
6.2.-14.6.69/23.6.69
31.1.-27.3.69/15.5.69
6.3.-12.3.69/14.9.69
17.-19.10.69/16.9.69
LEGENDE
Suizid
Entlassung aus der UNK
Aufnahme in die UNK
Suizid
Entlassung
Aufnahme

Abb. 8

Auffällig ist die Häufung von 16 Suiziden im Jahre 1969. Um dies näher untersuchen zu können, wurden in Abb. 8 die chronologischen Daten - Beginn und Ende des letzten UNK-Aufenthalts und Suizid - für jeden der 63 Suizidanten gesondert eingetragen. Daraus ergeben sich folgende Beziehungen: 6 der Suizide im Jahre 1969 werden von Personen begangen, die sich vor 1969 in der UNK aufhielten. Der hohen Anzahl von Suiziden im Jahre 1969 entspricht eine hohe Anzahl von Suizidanten, die 1969 in die UNK aufgenommen wurde - ebenfalls 16 -, von denen 6 erst in den folgenden Jahren - 197o bis 1973 - verstarben.

Dagegen waren für 1969 keine Besonderheiten in der Verteilung der Diagnosen auf die Suizidanten feststellbar. Diese Diagnosen wurden daher in Abb. 8 nicht berücksichtigt.

Jahreszeit des Suizids: Die Suizidhäufigkeit ist höher im Frühjahr und Sommer, niedriger im Herbst und Winter. In dem Halbjahr von März bis August töteten sich 39 Suizidanten (61,9 %), in dem Halbjahr von September bis Februar 24 Suizidanten (38,1 %). Daraus ergibt sich für das Frühjahr-Sommer-Halbjahr eine monatliche Durchschnittsfrequenz von 6,5 Suiziden, für das Herbst-Winter-Halbjahr von 4 Suiziden. Der Monat Dezember, zur sonst weniger suizidalen Jahreszeit Herbst-Winter gehörend, weist einen Peak der Suizidhäufigkeit auf (s.Abb.9).

Abb. 8 (s. S. 38/39): Letzter UNK-Aufenthalt und Datum des Suizids für die festgestellten 63 Suizidanten. Aufgrund der begrenzten Genauigkeit der Eintragung - ein Millimeter entspricht einem Zeitraum von einem Monat - wurden die Daten (Aufnahme in die UNK, Entlassung, Suizid) beigefügt.

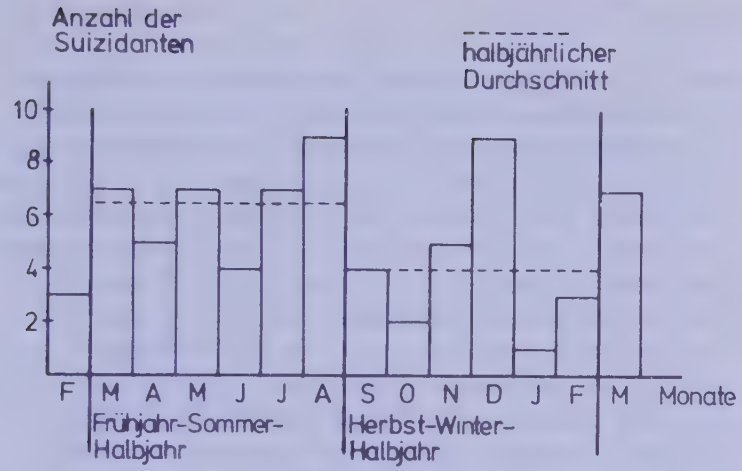


Abb. 9: Verteilung der Suizide auf die einzelnen Monate

Bei fast allen Suiziduntersuchungen wird eine erhöhte Suizidhäufigkeit im Frühjahr und Sommer konstatiert (vgl.: E. Stengel, 1969; D. E. Sanborn et al., 1969).

Tageszeit des Suizids: Bei 42 der 63 Suizidanten ist die Tageszeit, zu der der Suizid erfolgte, bekannt. Am seltensten wurde - von nur 3 dieser Suizidanten - das Leben zwischen 18 und 24 Uhr beendet. Die Abhängigkeit der Suizide von der Tageszeit wird in Abb. 1o dargestellt.

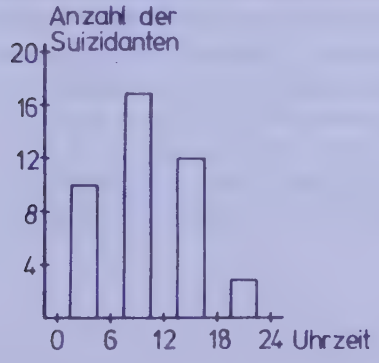


Abb. 1o: Uhrzeit des Selbstmords bei 42 Suizidanten

IV. LITERATURÜBERSICHT

Der Suizid rekonvaleszenter psychiatrischer Patienten, die sich nach der Entlassung aus stationärer Behandlung das Leben nehmen, hat bisher wenig Aufmerksamkeit in der psychiatrischen Forschung gefunden. In der internationalen Literatur konnten lediglich 11 Untersuchungen ermittelt werden, die sich mit diesem Thema befaßten. Darunter befindet sich eine einzige Untersuchung aus dem deutschsprachigen Raum von H. J. Haase (1972). Nach dessen Ergebnissen und denen der vorliegenden Arbeit kann angenommen werden, daß bezüglich des Suizids nach der Entlassung in der BRD ähnliche Verhältnisse bestehen, wie sie in den Arbeiten aus den USA, aus Israel, Australien oder Schweden dargestellt werden.

Die vorhandenen Untersuchungsansätze lassen allerdings nur begrenzte Aussagen zu. Das liegt zum einen an den häufig zu kleinen Fallzahlen, zum anderen an den unterschiedlichen Untersuchungsansätzen. So befaßten sich einige Autoren, wie z. B. M. Neumann (1971), mit Suiziden, die sowohl während als auch nach der Entlassung geschahen. In einem anderen Fall, A. Pokorny (1964), besteht die Untersuchungsgruppe zu 97 % aus Männern. Zum Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit und um zu bezüglich der Nachsorge erforderlichen, vorsichtigen allgemeineren Schlüssen zu kommen, seien die Untersuchungsergebnisse der einzelnen Autoren hier festgehalten. Eine Synopsis der Literatur erfolgt im Teil V.2 der vorliegenden Arbeit.

R. K. Bolin u. Mitarb. (1968) untersuchten 27 Patienten, die sich zwischen 1955 und 1966 suizidierten, während sie von einer kalifornischen Klinik nach Hause beurlaubt waren. Als Vergleichsgruppe wurden 61 zufällig ausgewählte beurlaubte Patienten herangezogen.

Aufgrund der Durchsicht der Literatur wurden 18 Merkmale aufgestellt und überprüft. Dazu gehörten:

1. Durchschnittsalter: 44 Jahre (5o Jahre bei Männern, 43 Jahre bei Frauen; der Altersunterschied für Frauen ist signifikant).
2. Geschlecht: 41 % Männer, 59 % Frauen.
3. Rasse: 96 % Weiße, 4 % Farbige.
4. Familienstand: 56 % verheiratet, 11 % ledig, 11 % geschieden, 15 % verwitwet, 7 % getrennt lebend.
5. Verweildauer der letzten Hospitalisierung: 15 Tage - 5,7 Jahre. Durchschnitt: 1,1 Jahre, Median: 3 Monate.
   o - 3 Monate: 52 % 6 - 9 Monate: 7 %
   3 - 6 Monate: 11 % 9 - 12 Monate: 4 %
   mehr als 12 Monate: 26 %.
6. Dauer des Zeitraums außerhalb des Hospitals: 25 Tage - 2,1 Jahre. Durchschnitt: 6 Monate, Median: 3 Monate.
   o - 3 Monate: 52 % 6 - 9 Monate: 7 %
   3 - 6 Monate: 19 % 9 - 12 Monate: o %
   mehr als 12 Monate: 22 %.
   Dieser Zeitraum war bei den Suizidpatienten signifikant kürzer als bei den Patienten der Kontrollgruppe. Von diesen waren nur 22 % weniger als 3 Monate außerhalb des Krankenhauses und 45 % länger als 12 Monate.
7. Diagnosen: Schizophrenie 48 %, affektive Psychose 19 %, Hirnorganische Syndrome 22 %, Neurose 11 %.
8. Körperliche Gesundheit während der letzten 6 Monate: die Suizidanten befanden sich bei signifikant schlech-

terer Gesundheit als die Patienten der Kontrollgruppe (37 % gegenüber 7 %).

9. - 12.: Hinsichtlich Alkoholismus, Drogenmißbrauch, antisozialem oder kriminellem Verhalten und psychiatrischer Hospitalisierung in der Familie ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Vorgeschichte.

13. Selbstmorddrohungen: bei 52 % der Suizidanten, aber nur bei 26 % der Kontrollpatienten bekannt (der Unterschied ist signifikant).

14. Vorangegangene Selbstmordversuche: bei 52 % der Suizidpatienten (45 % der Männer und 56 % der Frauen) und bei 18 % der Kontrollpatienten bekannt (der Unterschied ist hoch signifikant).

15. Verlust einer nahestehenden Person in den letzten 6 Monaten (tatsächlich, eingebildet oder angedroht): bei 66 % der Suizidpatienten und bei 16 % der Kontrollgruppe (hoch signifikant).

16. Vorangegangene Medikationsänderung: bei 7,4 % der Suizidanten und bei 6,5 % der Kontrollgruppe (kein Unterschied).

17. - 18. Überweisung in ambulante Nachsorge bei Krankenhausentlassung: kein Unterschied zwischen den 85 % der Suizidanten und 92 % der Kontrollgruppe. Auch im Hinblick auf den tatsächlichen Kontakt mit Nachsorgeeinrichtungen besteht kein signifikanter Unterschied, obwohl die Suizidpatienten eine Tendenz zeigen, weniger häufig in die Nachsorge zu gehen als die Patienten der Kontrollgruppe (7o % gegenüber 85 %).

In der Diskussion werden nach der Errechnung einer Suizidrate von 177 pro 1oo.ooo folgende Merkmale als bedeutsam hervorgehoben: schlechte körperliche Gesundheit, Verlust eines nahestehenden Menschen oder Verlust des Arbeits-

platzes, Selbstmordandrohungen und Selbstmordversuche in der Vorgeschichte; die letzte Verweildauer war relativ kurz, mehr als die Hälfte der Suizidpatienten tötete sich innerhalb von weniger als 9o Tagen. Die Autoren gelangen zu der Schlußfolgerung, daß bei Berücksichtigung dieser Merkmale 67 % der Suizidanten als Risikopatienten erkannt worden wären.

E. A. Gardner u. Mitarb. (1964) untersuchten mit Hilfe eines psychiatrischen Fallregisters die Beziehung zwischen Suizid und psychiatrischer Versorgung bei älteren Menschen über 55 Jahren. Die Untersuchung bezog sich auf den Dreijahreszeitraum von 196o bis 1962. Die Suizidrate der Allgemeinbevölkerung im Untersuchungsgebiet lag mit 9,7 pro 1oo.ooo unter dem Durchschnitt der USA insgesamt.

Erfaßt wurden 54 psychiatrisch behandelte Patienten. Das waren, rechnet man weitere 11 hinzu, die vor 196o in psychiatrischer Behandlung standen, 36 % aller Suizide in diesem Zeitraum. Bei den Über-55jährigen hatten aber nur 28 % der Männer und 52 % der Frauen in Behandlung gestanden.

Von den 54 psychiatrischen Patienten suizidierten sich 37 % noch während der Behandlung. Bei 48 % betrug die Differenz zwischen dem letzten psychiatrischen Kontakt und dem Selbstmord weniger als 3 Monate, bei weiteren 6 % betrug sie zwischen 3 und 6 Monaten, bei 4 % zwischen 6 und 12 Monaten und bei 6 % zwischen 1 und 2 Jahren.

Die Diagnosen lauteten: Schizophrenie 31 %, affektive Psychose 2o %, Neurose und Persönlichkeitsstörung 41 %,

Hirnsyndrome 8 %. Für 15 % der Untersuchten war als weitere Diagnose neben anderen Alkoholabusus angegeben.

Die Untersuchung gibt für das Untersuchungsgebiet 33,5 registrierte Selbstmordversuche pro 1oo.ooo an. Diese Zahl war damit dreimal so hoch wie die Zahl der Selbstmorde. Angaben über vorangegangene Suizidversuche bei den psychiatrischen Patienten finden sich ebenso wenig wie Angaben über deren soziale Daten.

Im Zusammenhang mit der Diskussion des Suizidrisikos stellten die Autoren fest, daß bei Personen, die vom psychiatrischen Fallregister erfaßt worden waren, die Suizidrate 15mal so hoch (163 pro 1oo.ooo) war wie bei der Normalbevölkerung. Bei den Patienten mit Depressionen betrug die Suizidrate 23o pro 1oo.ooo; für jene, die 196o einen Suizidversuch begangen hatten, betrug die Rate in den nächsten zweieinhalb Jahren 9o5 pro 1oo.ooo. Bei allen diesen Gruppen war die Suizidrate bei Personen über 55 Jahren doppelt so hoch wie bei jenen unter 55, wobei die Unterschiede bei den Patienten mit Depressionen am deutlichsten waren. Weitere Risiko-Diagnosegruppen waren Alkoholismus und, besonders bei jüngeren männlichen Patienten, paranoide Schizophrenie.

I. P. James u. Mitarb. (1964) untersuchten den Selbstmord von 75 Patienten nach der Entlassung aus der akutpsychiatrischen Aufnahmeabteilung (durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 35 Tage) einer westaustralischen Klinik für Psychiatrie.

Sie verwiesen darauf, daß Selbstmord in psychiatrischen Langzeitkrankenhäusern überraschend selten ist; hierzu

führten sie E. Stengel und N. G. Cook (Attempted Suicide, London 1959) an, die ermittelten, daß die Suizidrate in englischen psychiatrischen Krankenhäusern zwischen 1945 und 1947 bei einer Alterskorrektur nicht wesentlich höher lag als die der allgemeinen Bevölkerung. Ganz anders sähe es jedoch bei Patienten aus, die von Abteilungen für akut psychiatrisch Kranke entlassen werden. Diese hätten Suizidraten, die mehrfach höher lägen als die der allgemeinen Bevölkerung. Dieser Feststellung wollten die Autoren in ihrer Untersuchung nachgehen.

Mit Hilfe der Suizidstatistik für Westaustralien wurden alle Personen erfaßt, die im Siebenjahreszeitraum von 1955 bis 1961 Selbstmord begangen hatten. Durch Überprüfung der Kartei des Untersuchungskrankenhauses wurde herausgefunden, daß 1o,3 % (51) der männlichen Suizidanten und 17,8 % (24) der weiblichen Suizidanten vor ihrem Tod in dem Krankenhaus behandelt worden waren. Es war nicht auszuschließen, daß weitere Patienten des Krankenhauses außerhalb des Staates Westaustralien suizid begangen hatten; das war jedoch nicht festzustellen. Es wurde angenommen, daß diese Zahl realtiv klein war.

Das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Suizidanten allgemein betrug 3,7 : 1, das der psychiatrisch behandelten 2 : 1. Die ergebnisse zeigten ferner eine Suizidrate, die mit zunehmendem Alter anstieg. 3,1 % der Männer und 1,5 % der Frauen, die in dem psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden waren, suizidierten sich innerhalb des Siebenjahreszeitraumes. Die wirkliche Suizidrate pro 1oo.ooo betrug 155 für Männer und 75,7 für Frauen, entgegen der alterskorrigierten Erwartung von 35 für Männer und 8,5 für Frauen; die Suizidrate für die entlassenen psychiatrischen Patienten lag somit für

Männer 4,4mal bzw. für Frauen 8,9mal höher als zu erwarten gewesen wäre.

Die Untersuchung enthält keine weiteren Aufschlüsse über die diagnostische Zusammensetzung, über den Zeitpunkt des Suizids nach der Entlassung oder über etwaige besondere Merkmale der Patienten, die Suizid begangen hatten.

M. Midenet u. Mitarb. (1967) berichten über die Suizide von 16 Patienten, die 1957 nach der Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus in Frankreich eingetreten waren. Insgesamt waren 27 Suizide erfaßt worden. 7 wurden jedoch nicht berücksichtigt, weil sie nach der Entlassung Kontakt mit anderen psychiatrischen Einrichtungen hatten; weitere 4 waren zum Zeitpunkt des Suizids wieder aufgenommen. Bei der Berücksichtigung aller 27 Suizide ergibt sich eine Suizidrate von 14o pro 1oo.ooo (siebenmal höher als bei der Durchschnittsbevölkerung).

Die Autoren berichten ferner über einzelne Patienten, ihre Krankheit, ihre Familienverhältnisse, ihr Verhalten.

Was die Verteilung der Diagnosen anbelangt, bestand die Untersuchungsgruppe zu 5o % aus Alkoholikern, 25 % waren schizophren und die anderen 25 % hatten sonstige psychiatrische Diagnosen. Die Hälfte der Suizide geschah durch Ertränken bzw. an zweiter Stelle dadurch, daß die Patienten sich vor einen Zug warfen. Der Großteil der Suizide ereignete sich kurz nach der Entlassung: 13 % suizidierten sich 1 Monat, weitere 68 % innerhalb von 6 Monaten nach Entlassung und nur 19 % lebten noch länger als 1 Jahr nach der Entlassung.

Die Autoren bringen depressive Verstimmungszustände, die nicht unmittelbar auf antidepressive Medikamente ansprechen, in unmittelbare Verbindung mit den Suiziden.

M. Neumann (1971) untersucht die Suizide von Patienten, die in einem Zeitraum von 14 Jahren - ab 1957 - in einem israelischen Krankenhaus bzw. nach Entlassung aus diesem Krankenhaus Selbstmord begingen. Die Klinik wird als offene psychiatrische Anstalt geführt, wobei die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ungefähr 2 Monate beträgt und im Jahresdurchschnitt 6oo Patienten aufgenommen werden. Es handelt sich um 38 Suizidanten, von denen die Hälfte sich nach der Entlassung suizidierte. 53 % der Suizide trugen sich innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung zu, 16 % innerhalb eines Jahres und 31 % mehr als ein Jahr nach der Entlassung.

Die Untersuchungspopulation setzt sich aus 55,5 % Frauen und 44,5 % Männern zusammen (vgl. Klinikpatienten: 67 % Frauen und 33 % Männer). Das Alter der Patienten liegt zwischen 16 und 78 Jahren, wobei sich die wesentliche Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren befindet.

Bemerkenswert ist der hohe Anteil von Patienten europäischen Ursprungs - 87 % gegenüber 13 % orientalischen Ursprungs. Diese Relation unterscheidet sich deutlich von der Zusammensetzung der Klinikpatienten, von denen nur 6o % europäischen Ursprungs sind. Der Autor sieht dieses Ergebnis in Zusammenhang mit der festen Familien- und Religionsbeziehung der Orientalen, sowie mit der bei ihnen stärker vorhandenen Tendenz, ihr Schicksal passiv zu ertragen.

Ebenfalls aufschlußreich ist der Familienstatus der Patienten: 21 % sind ledig, 34 % verheiratet, 37 % (!) geschieden und 8 % verwitwet - im Gegensatz zu 28 % Ledigen, 64 % Verheirateten, 4 % Geschiedenen und 4 % Verwitweten im Krankenhaus. Der Autor führt weiter an, daß 21 % der Verheirateten, Geschiedenen und Verwitweten kinderlos waren, während im Krankenhaus sonst nur 12 % dieser Gruppe kinderlos sind. In diesem Zusammenhang wird Einsamkeit bzw. psychosoziale Einsamkeit als ein konstituierendes Motiv angeführt.

Faktoren der Emigration nach Israel scheinen keine Rolle zu spielen.

Dagegen scheint das Ausbildungsniveau bei den Suizidpatienten besser zu sein, was der Autor folgendermaßen erklärt: Patienten orientalischen Ursprungs, die, wie beschrieben, seltener Selbstmord begehen, haben durchschnittlich eine schlechtere Ausbildung. Des weiteren kann festgestellt werden, daß Menschen mit einer besseren Ausbildung sich sowohl bezüglich ihrer selbst als auch des Lebens im allgemeinen höhere Ziele stecken. Des weiteren ist es auch wahrscheinlich, daß sie ihren Selbstmord besser planen können. Als letzter Faktor kommt hinzu, daß Suizid bei der - meist besser gebildeten - Stadtbevölkerung häufiger vorkommt als bei der Landbevölkerung.

Die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen entspricht in etwa jener der Klinikpatienten. Da es sich um eine offene psychiatrische Klinik handelt, ist es verständlich, daß die neurotisch Kranken mit 45 % die stärkste Gruppe bilden, gefolgt von 29 % mit einer affektiven Psychose; 26 % hatten die Diagnose Schizophrenie.

Vorangegangene Suizidversuche waren bei 55 % bekannt.

Die Selbstmordmethode ist bei 33 Patienten bekannt; davon töteten sich 18 (55 %) mittels Tabletten, meist Schlaftabletten, 6 erhängten sich, 4 verbrannten sich, 3 schnitten sich die Pulsadern auf und 2 stürzten sich von hohen Gebäuden. Die hohe Rate des Suizids durch Tablettenintoxikation wird auf die Tatsache zurückgeführt, daß sie als psychiatrische Patienten relativ leicht Tabletten ansammeln konnten.

Als Befunde stellt der Autor fest, daß depressive Züge bei fast allen Patienten vorkamen, daß Sorge um die Gesundheit und Zukunft eine große Rolle spielten, daß viele Patienten unter Spannung und Angst standen und daß aggressive Tendenzen bei einer ganzen Reihe von ihnen auftauchten. Bei 22 der 38 Patienten (58 %) wurden in den Krankenblättern Hinweise auf Suizidgedanken während oder vor der Behandlung gefunden. Bei vielen Patienten war die Fähigkeit gestört, emotionale Bindungen zu knüpfen oder zu erhalten. Die hohe Scheidungsrate wird als Hinweis darauf gewertet. In 6 Fällen steht der Selbstmord in direktem Zusammenhang mit einer Scheidung. Impulsivität sowie der Ausdruck von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung wurden nicht als Hinweise gefunden.

In der Diskussion führt der Autor folgendes aus: Männer sind suizidgefährdeter als Frauen, ältere Patienten stärker als jüngere, besser ausgebildete tendieren zu einer höheren Suizidrate als weniger gut ausgebildete Patienten, Patienten europäischen Ursprungs suizidieren sich häufiger. Das Gleiche gilt für Geschiedene und Verwitwete sowie für Kinderlose.

A. Pokorny (1964) untersuchte insgesamt 117 Fälle von Suiziden, die sich bis auf 7 nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ereigneten - davon 22 während der Beurlaubung. Entsprechend der speziellen Aufgabe dieser Klinik für amerikanische Kriegsveteranen beträgt die Relation der männlichen Suizidanten zu den weiblichen 97 % zu 3 %.

Methodisch ging der Autor folgendermaßen vor: zunächst wurden Informationen über Suizide durch Verwandte, offizielle Stellen und Zeitungsberichte erfaßt. Auf diese Weise konnten über einen Zeitraum von 15 Jahren 65 Suizide ermittelt werden. Weiterhin wurden die Akten der Polizei von Houston zwischen 1952 und 1963 durchgegangen und mit den Patientenlisten des Veteranenkrankenhauses verglichen. Das führte zur Identifikation von 12 weiteren Fällen. Schließlich wurde die Liste von Suiziden ehemaliger Soldaten anhand der Totenscheine von 1950 bis 1963 aus dem gesamten Staat Texas mit dem Ergebnis überprüft, daß 40 weitere Suizide identifiziert werden konnten.

Diagnostisch setzte sich die Suizidantengruppe aus 27 % Schizophrenen, 28 % affektiven Psychosen, 35 % Neurosen, 8 % Alkoholabusus und 3 % organischen Psychosyndromen zusammen. Die Suizidrate betrug insgesamt 165 pro 100.000 und lag damit etwa sechzehnmal höher als bei der Durchschnittsbevölkerung. Der Autor untersuchte ferner die Suizidrate innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen. Besonders hoch war sie bei den depressiven Patienten mit 566 pro 100.000. Eine Nachuntersuchung derjenigen Depressiven, die in dem ersten Teil des Untersuchungszeitraumes - 1949 bis 1956 - aufgenommen wurden, führte

zu dem Ergebnis, daß nach sieben bis fünfzehn Jahren sich 5,6 % dieser Patienten suizidiert hatten.

Der Zeitpunkt des Suizids lag insbesondere in der Zeit bald nach der Entlassung. 6 % hatten sich noch während des stationären Aufenthalts getötet, 35 % suizidierten sich innerhalb des ersten Monats nach der Entlassung, 3o % nach einem bis acht Monaten nach der Entlassung und 29 % nach mehr als acht Monaten bis hin zu einigen Jahren. Bei der Untersuchung des Zeitpunkts des Suizids in Zusammenhang mit der Diagnose finden sich Hinweise dafür, daß die Suizide von Schizophrenen sich schneller nach der Entlassung ereignen und daß der Zeitraum bei Suiziden von Neurotikern länger dauert.

B. Rorsman (1973) untersuchte Suizide von Patienten der psychiatrischen Aufnahmeabteilung der Universität Lund in Schweden. Hinzugefügt werden muß, daß Psychosen und andere schwerere psychiatrische Erkrankungen an dieser Universitätsklinik nur einen kleinen Teil der Diagnosen ausmachen. Des weiteren ist an der Rorsman'schen Untersuchung bemerkenswert, daß sie ambulante wie stationäre Patienten erfaßt.

Mit Hilfe der schwedischen Suizidstatistik erfaßte sie 46 Suizide aus der Gesamtzahl von 3 oo6 Patienten, die zwischen 1962 und 1967 von der Abteilung behandelt wurden. Die Suizidrate lag zehnmal höher als bei der Durchschnittsbevölkerung. Die meisten Suizide ereigneten sich innerhalb von kurzer Zeit nach dem letzten Kontakt mit der Abteilung. 8 von 29 Männern und 1o von 16 Frauen suizidierten sich innerhalb von 3 Monaten - die Geschlechtsdifferenz ist signifikant. Bezüglich der Suizidmethoden

ergab sich folgende Verteilung: Gasvergiftung 15 %, andere Gifte 37 % (häufigste Methode bei Frauen), Erhängen 39 % (häufigste Methode bei Männern), Ertränken 2 %, Sturz von hohen Gebäuden 2 %, Erschießen 4 %.

In der Diskussion betont B. Rorsman, daß ältere Patienten in der Untersuchung unterrepräsentiert sind. Da die Patienten, insbesondere die Frauen, kurz vor ihrem Suizid Kontakt mit der Psychiatrie hatten, hätte ihr Selbstmord vorhergesehen werden können; dieses Ergebnis sei eine Herausforderung an die Psychiatrie.

A. Temoche u. Mitarb. (1964) identifizierten für den Dreijahreszeitraum von 1949 bis 1951 mit Hilfe der amtlichen Statistik 183 sicher bekannte Patienten - Farbige ausgeschlossen -, die sich suizidiert hatten. Davon waren 3o zur Zeit des Suizids in stationärer Behandlung.

Es zeigte sich, daß die Suizidrate unter den Patienten mit psychiatrischer Krankenhauserfahrung 2,9mal höher bei den Männern und 6,3mal höher bei den Frauen war als in der Durchschnittsbevölkerung. Dabei spielten die Suizide der entlassenen Patienten eine wesentlich größere Rolle als die der stationären Patienten: 1,6mal bzw. 2,4mal höher bei männlichen bzw. weiblichen stationären Patienten, 3,7mal bzw. 8,5mal höher bei männlichen bzw. weiblichen entlassenen Patienten als in der Durchschnittsbevölkerung.

Das Suizidrisiko erwies sich als bei allen diagnostischen Gruppen erhöht, aber Patienten mit depressiven Psychosen waren am stärksten gefährdet. Die Diagnosen verteilten sich folgendermaßen: Schizophrenie 23 %, Depression 26 %,

Neurose 11 %, Alkoholismus 21 %, organische psychiatrische Erkrankung 11 %, sonstiges 9 %.

Die zeitlichen Differenzen zwischen Entlassung und Suizid lauteten: 33 % suizidierten sich innerhalb von 6 Monaten, weitere 12 % innerhalb eines Jahres nach der Entlassung und die anderen 55 % nach mehr als 1 Jahr. In der Zusammenfassung wird betont, daß das Suizidrisiko nach der Entlassung aus der psychiatrischen Einrichtung am größten ist. In den ersten 6 Monaten nach der Entlassung ist das Suizidrisiko 34mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung.

Am Schluß führen die Autoren noch Folgerungen für ein Überwachungsprogramm für suizidale Patienten an.

G. C. Wilson (1968) führte eine vergleichende Untersuchung durch über 17 Patienten, die in psychiatrischer Behandlung bzw. nach weniger als 1 Jahr nach Entlassung Suizid begingen. Es handelte sich um Patienten, die zwischen 1957 und 1964 in einer amerikanischen neuropsychiatrischen Klinik behandelt worden waren - bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 157 Tagen. Die Vergleichsgruppe bestand aus 29 Patienten, die 1961 und 1962 in Behandlung standen und zu irgendeinem Zeitpunkt als suizidgefährdet galten, sich aber nicht getötet hatten.

Wesentliche soziale Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestanden nicht. In folgender Hinsicht wurden Differenzen gefunden: Die meisten Suizidanten hatten keine suizidale Vorgeschichte, bei nur 36 % waren Suizidversuche bekannt; 52 % hatten vorher keine psychiatrische Behandlung gehabt. Im Gegensatz dazu hatte die

Mehrheit der Kontrollgruppe eine suizidale Vorgeschichte, 65 % waren vorher hospitalisiert gewesen, wobei bei 59 % Suizidgefährdung der Einweisungsgrund war, ebenfalls 59 % hatten vorher Suizidversuche unternommen. Der Autor schreibt dazu, daß dies mit der Feststellung übereinstimme, daß viele Suizidversuche weniger auf den Tod abzielten als vielmehr auf eine Veränderung der Umgebung zum Vorteil des Betroffenen.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme lagen bei den Suizidanten keine Hinweise darauf vor, daß sie sich töten könnten. Nur 12 % waren wegen Suizidversuchen eingewiesen worden, 29 % wegen verbaler Suiziddrohungen, die anderen 59 % kamen wegen anderer Probleme - im wesentlichen akuter schizophrener Erregung.

Über die Hälfte der Suizidanten (53 %) unternahm erfolglose suizidale Handlungen während ihres stationären Aufenthalts. 18 % sprachen von Suizidversuchen, bei den anderen 29 % waren keine Hinweise auf suizidales Verhalten zu finden. Demgegenüber unternahmen die Patienten, die wegen Suizidgefahr aufgenommen worden waren, wenige suizidale Handlungen, drohten jedoch häufig mit Suizid.

59 % der Suizidpatienten waren schizophren, zwei Drittel davon waren chronisch krank. Von der Kontrollgruppe waren 41 % schizophren mit dem gleichen Anteil an chronisch Kranken.

Der Autor empfindet es als bemerkenswert, daß die Suizidanten seltener Suizidversuche in der Vorgeschichte aufwiesen als die Kontrollgruppe, daß sie auf der anderen Seite aber während der Hospitalisierung häufig Suizid-

versuche unternahmen.

In einer Tabellenübersicht stellt der Autor dann einige Daten zum Suizid allgemein zusammen.

In der Zusammenfassung heißt es, daß die Patienten, die Suizid begingen, psychosozial gekennzeichnet waren durch die Unfähigkeit zu planen, hohe chaotische Energie, Mangel an inneren moralischen Sanktionen gegen Suizid und depressive Verstimmung. Viele waren sozial isoliert. Die Kontrollgruppe dagegen zeichnete sich durch adäquates Planen, geringe Energie und gute Beziehungen zu anderen Personen aus, war aber ebenfalls depressiv verstimmt und wies ebenfalls Mangel an inneren moralischen Sanktionen gegen Suizid auf.

J. Yamamoto u. Mitarb. (1973) identifizierten mit Hilfe von offiziellen statistischen Daten 78 Suizide von psychiatrischen Patienten im Jahre 1963 und 79 Suizide im Jahre 1966. Während dieser Jahre hatte sich an der betreffenden amerikanischen Klinik eine Veränderung hin zu gemeindenaher Psychiatrie vollzogen. Die Suizidrate während eines Zeitraums von 6 Monaten nach dem letzten Kontakt mit der Klinik betrug pro 1oo.ooo 289 für 1963 und 175 für 1966. Die niedrigere Suizidrate für 1966 führen die Autoren auf die neue psychiatrische Behandlung zurück. Gegenüber der Allgemeinbevölkerung lag die Suizidrate der Patienten zehnmal höher.

Die Frage, wie man suizidgefährdete Patienten entdecken kann, versuchten die Autoren wie folgt zu beantworten: Die Daten wiesen darauf hin, daß über die Hälfte der Patienten sich zu Beginn mit depressiven oder Suizidgedanken trug - oder beides -, daß sie häufiger als an-

dere Patienten das Krankenhaus aufsuchen mußte. Der Zustand dieser Patienten besserte sich aber überwiegend rasch und es schien ihnen bei der Entlassung besser zu gehen. Daß viele von ihnen sich trotzdem suizidierten, weise darauf hin, daß diese Risikopatienten eine kontinuierliche Behandlung brauchten, obwohl sie häufig kein Bedürfnis danach äußerten. Verlust einer geliebten Person, Verlust des Arbeitsplatzes usw. werden als Risiken betrachtet, die zu beheben das Ziel sein müsse. Das Suizidrisiko war in den ersten sechs Monaten am deutlichsten erhöht.

Betont wird, daß die Hälfte der Patienten, die Selbstmord begingen, nicht über Suizidgedanken oder Depressionen sprach, sondern als psychotisch diagnostiziert bzw. als agitiert angesehen wurde. Diese Symptome und Zeichen überschatteten die Suizidgefährdung. Bemerkenswert war, daß diese Patienten weniger kommunikativ als die anderen waren. Manche psychotischen Patienten seien als potentiell suizidal anzusehen. Deshalb fordern die Autoren eine intensive Behandlung der Psychose und soziale Rehabilitation im Bewußtsein des suizidalen Potentials.

V. DISKUSSION

1. Diskussion der Untersuchungsergebnisse

1.1 Untersuchungsgruppe

In einem Zeitraum von 1o Jahren - 1965 bis 1974 - konnten 63 ehemalige Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen (UNK) ermittelt werden, die nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung Suizid begingen.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind wegen der zugrunde liegenden kleinen Zahlen, die eine sinnvolle Signifikanzberechnung nicht erlauben, in mancher Hinsicht begrenzt. Dennoch konnten einige aufschlußreiche Ergebnisse erzielt werden, die einen Beitrag zur Klärung der Problematik des Suizids nach Entlassung leisten können.

Bei einer Anzahl von rund 11 ooo erwachsenen psychisch Kranken, die im Untersuchungszeitraum in der UNK behandelt wurden, ergibt sich eine Suizidrate von o,57 % bzw. 57o pro 1oo.ooo. Daß diese Suizidrate jedoch zu niedrig angesetzt ist, muß im Zusammenhang mit dem Wohnort der Suizidanten diskutiert werden (siehe: Diskussionsteil über den Wohnort).

1.2 Soziale und demographische Merkmale

Mangel an Aussagekraft liegt, außer bei den Ermittlungen zum Wohnort, insbesondere für die sozialen und demographischen Daten vor. Weder die Daten zum Geschlecht, zum Alter, zum Familienstand und zur Wohnsituation, zur Reli-

gionszugehörigkeit, noch diejenigen zur sozialen Schichtzugehörigkeit bringen neue Aufschlüsse.

Geschlecht

Die Männer sind mit 54 % bei den Suizidanten etwas stärker vertreten als die Frauen mit 46 %.

Demgegenüber wird sonst meist ein wesentlich höherer Anteil der Männer festgestellt, sowohl in allgemeinen Suiziduntersuchungen (vgl.: E. Stengel, 1969; G. Möllhoff, 1972) als auch in Untersuchungen zum Suizid nach Entlassung. So ermittelten Gardner et al. (1964), James et al. (1964), Rorsman (1973) und Temoche et al. (1964) jeweils mehr als 6o % männliche Suizidanten.

Eine ausführliche Interpretation dieses Ergebnisses ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich.

Alter

Eine Auffälligkeit hinsichtlich der Altersverteilung bei den Suizidanten besteht zunächst darin, daß bei einem Anteil von 11 bis 13 Suizidanten pro Dekade (bis auf die Über-65jährigen) die von anderen Autoren festgestellte Häufung von Suiziden in der 6. und 7. Lebensdekade fehlt. Diese Häufung wurde sowohl in allgemeinen Selbstmorduntersuchungen (vgl.: E. Stengel, 1969) wie auch z. B. von Gardner et al. (1964) bei der Untersuchung älterer psychiatrisch vorbehandelter Suizidanten festgestellt, wo er eine verdoppelte Selbstmordrate der Über-55jährigen ermittelte.

Das vorliegende Ergebnis widerspricht aus folgendem Grund dennoch nicht der sonst beobachteten Tendenz: die Ver-

schiebung zu jüngeren Jahrgängen bei den Suizidanten ist eine Widerspiegelung des im Verhältnis zum Bevölkerungsdurchschnitt noch niedrigeren Durchschnittsalters der Patienten der UNK. Im Verhältnis zu den Patienten insgesamt bestätigt sich daher, daß die Neigung zu Selbstmord bei Älteren stärker ist. Der Vergleich der Altersverteilung bei den Suizidanten mit der Altersverteilung bei der BRD-Bevölkerung belegt diese Interpretation.

Die aus diesen Zusammenhängen resultierende Unterrepräsentation der älteren Jahrgänge unter den Suizidanten - und noch stärker unter den UNK-Patienten - erklärt deren verhältnismäßig niedrige Selbstmordquote in der vorliegenden Untersuchung.

Familienstand und Wohnsituation

Jeweils rund die Hälfte sowohl der Suizidanten (5o,8 %) als auch der UNK-Patienten (49 %) ist alleinstehend - ledig, verwitwet oder geschieden -. Sie sind damit im Vergleich zur BRD-Bevölkerung mit 22 % Alleinstehenden - Personen unter 15 Jahren ausgeschlossen - stark überrepräsentiert.

Daß der Faktor "alleinstehend" positiv mit der Suizidrate korreliert, wird generell festgestellt - vgl.: E. Stengel (1969) und E. Durkheim (1973) zu Selbstmord allgemein bzw. R. K. Bolin et al. (1968) (44 % Alleinstehende) und M. Neumann (1971) (66 % Alleinstehende, darunter 37 % Geschiedene) zu Selbstmord nach Entlassung.

Zieht man den Familienstand "alleinstehend" als ein Kriterium für soziale Isolation heran, so bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung die in der gesamten Literatur vertretene These vom Zusammenhang

zwischen sozialer Isolierung und Suizid (siehe oben). Es wäre jedoch ein voreiliger Schluß, wollte man den Status "alleinstehend" immer mit sozialer Isolierung und den Status "verheiratet" immer mit sozialer Integration gleichsetzen. Zum Beispiel ist es durchaus möglich, daß ein Patient, der in der Statistik als "alleinstehend" aufgeführt wird, viele soziale Kontakte hat oder mit seiner Familie zusammenwohnt, wogegen Verheiratete von ihrer Umwelt zuweilen sehr isoliert sein können oder gar vom Ehepartner getrennt leben. Deshalb wurde noch die Wohnsituation der Suizidanten erfaßt. Von den 32 Alleinstehenden wohnten 12 bei Familienangehörigen - Eltern oder Kindern -, andererseits wohnten 3 der 31 Verheirateten allein und nicht mit dem Partner zusammen.

Einen Beleg für eine besonders gravierende Wirkung sozialer Isolierung sind jene 5 Verheirateten unter den Suizidanten, bei denen mit oder nach der Klinikentlassung eine Trennung vom Ehepartner erfolgte; sie begingen alle innerhalb von 6 Monaten nach Entlassung und Trennung vom Partner Suizid. Die Beziehung zwischen "alleinstehend" und Suizid ist also vordergründig; die ursächliche Beziehung zwischen sozialer Isolierung und Suizid kann aber nicht ohne weiteres nachgewiesen werden.

Ebenso scheint nach den Ergebnissen dieser Untersuchung der Familienstand "ledig" bei den Über-3ojährigen die Neigung zum Suizid zu begünstigen. 45,8 % der Ledigen unter den Suizidanten sind älter als 3o Jahre; diesen stehen lediglich 32 % der UNK-Patienten und nur 27,3 % der BRD-Bevölkerung - Personen unter 15 Jahren ausgeschlossen - gegenüber.

Religionszugehörigkeit

55,6 % der Suizidanten sind evangelisch, 31,8 % katholisch, 12,7 % neuapostolisch oder ohne Konfession.

Da zwischen einem Hauptherkunftsgebiet - Kreis Tübingen - und einem sekundären Herkunfstgebiet - sonstiges Baden-Württemberg - unterschieden werden muß, wurde die Religionszugehörigkeit für diese beiden Bereiche auch noch gesondert festgestellt. Die Konfessionsverteilung insgesamt wie auch für die Gruppe aus dem Kreis Tübingen entspricht in etwa jener der Wohnbevölkerung des Kreises Tübingen. Im Gegensatz dazu sind im Vergleich zur Wohnbevölkerung Baden-Württembergs - mit 47 % Katholiken - die Katholiken unterrepräsentiert, und zwar sowohl bei den Suizidanten insgesamt wie auch bei den nicht aus dem Kreis Tübingen stammenden Suizidanten.

Vergleichszahlen für die Klinik existieren nicht. Ebensowenig finden sich Angaben zur Konfession bei den anderen 1o Autoren, die Untersuchungen zum Selbstmord nach der Entlassung anstellten. Bezüglich Selbstmord allgemein wurde von einigen Autoren, z.B. E. Stengel (1969) und E. Durkheim (1973), eine negative Korrelation zwischen katholischer Konfession und Suizid ermittelt. E. Stengel (1969) begründet die geringere Beteiligung von Katholiken an suizidalen Handlungen zum einen damit, daß für die ebenfalls katholischen Angehörigen der Suizid einen moralischen Makel bedeutet, weshalb sie in manchen Fällen versuchten, ihn zu vertuschen; zum anderen soll eine starke religiöse Gebundenheit vom Suizid abhalten.

Die erwähnte negative Beziehung zwischen katholischer Konfession und Suizid wird durch die Zahlen für den Kreis

Tübingen nicht bestätigt. Für die Gebiete außerhalb des Kreises Tübingen muß zunächst darauf hingewiesen werden, daß zum einen die Konfessionsverteilung innerhalb Baden-Württembergs regional sehr unterschiedlich ist, und außerdem die Angaben über dort vollzogene Suizide mit großer Wahrscheinlichkeit unvollständig sind - vgl.: Diskussion des Wohnortes. Daher kann die vom Bevölkerungsdurchschnitt Baden-Württembergs abweichende konfessionelle Zusammensetzung zufälligen Charakter haben, und die Zahlen können für diesen Bereich nicht ausgewertet werden. Eine Einschätzung der Bedeutung der Religionszugehörigkeit ist somit in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich.

Soziale Schichtzugehörigkeit

Angehörige der mittleren und oberen Mittelschicht sind unter den Suizidanten stärker vertreten als Angehörige niederer Schichten; besonders wenig sind Angehörige der unteren Unterschicht bei den Suizidanten vertreten. 3o,1 % der Suizidanten gehören zur oberen und mittleren Mittelschicht, aber nur 2o % der BRD-Bevölkerung werden diesen Schichten zugeordnet; zur unteren Unterschicht dagegen gehören 6,4 % der Suizidanten, aber 17 % der BRD-Bevölkerung.

Für die Überrepräsentation der höheren Schichten dürften u. a. folgende beiden Faktoren eine Rolle spielen: Auch bei den UNK-Patienten sind diese Schichten überrepräsentiert - siehe A. Finzen et al. (1974). Die Entladung von Aggression erfolgt in diesen Schichten mehr nach innen; aus Statistiken ist zu ersehen, daß die Häufigkeit von Selbstmord und Mord weitgehend in einem umgekehrt propor-

tionalen Verhältnis zueinander stehen. Mord und Selbstmord werden beide als aggressive Handlungen aufgefaßt, die sich, wie es z. B. bei E. Ringel et al (1969) ausgedrückt ist, "...durch die Richtung und das Objekt der Aggression unterscheiden". Bei Untersuchungen in den USA wurden in niederen sozialen Schichten eine geringere Selbstmord- und eine höhere Mordfrequenz gefunden (vgl.: E. Ringel et al., 1969). Unter den Untersuchungen zum Suizid nach der Entlassung erzielte M. Neumann (1971) ein ähnliches Ergebnis. Er ermittelte eine positive Korrelation zwischen höherem Ausbildungsniveau und Selbstmord. Dies begründete er damit, daß Menschen mit einer besseren Ausbildung sich sowohl bezüglich ihrer selbst als auch des Lebens im allgemeinen höhere Ziele stecken; des weiteren sei es auch wahrscheinlich, daß sie ihren Selbstmord besser planen können.

Innerhalb der "breiten Masse" - untere Mittelschicht und obere Unterschicht zusammengenommen - sind die nicht industriell Arbeitenden der oberen Unterschicht besonders stark vertreten; dies liegt vermutlich an der vorwiegend agrarischen Struktur des Haupteinzugsgebietes der UNK.

Unter den 11 Suizidanten (17,5 % der Gesamtpopulation), die eine gravierende Änderung der Schichtzugehörigkeit - um mehr als eine Schicht im Vergleich zu der ihrer Eltern - erfahren hatten, fallen insbesondere die Aufsteiger der mittleren Mittelschicht auf. Von den insgesamt 13 Suizidanten der mittleren Mittelschicht sind 6 Aufsteiger. Ebenso kommen die 5 Studenten und Gymnasiasten, die bei Beendigung ihrer Ausbildung großenteils ebenfalls zur mittleren Mittelschicht gehört hätten, durchweg aus niedereren Schichten. E. V. Stonequist (1961)

der den Begriff der "marginalen Situation" als Folge von gravierender Schichtänderung und dadurch entstehenden Konflikten geprägt hat, beschreibt als eine Reaktionsmöglichkeit auf die marginale Situation die Flucht in psychische Erkrankung. Als extreme Reaktionsmöglichkeit kann der Suizid betrachtet werden. Die Annahme eines solchen Zusammenhanges könnte die Überrepräsentation von Aufsteigern der mittleren Mittelschicht verständlich machen.

Wohnort

Die Feststellungen über den Herkunftsort der Suizidanten werfen erhebliche Probleme auf. Zwei Drittel aller Suizidanten kommen aus dem Kreis Tübingen, aus dem sich nur ein Viertel aller Aufnahmen der UNK rekrutiert (siehe: A. Finzen, 1974). Die naheliegende Annahme, daß der Kreis Tübingen eine gegenüber Baden-Württemberg erheblich - ungefähr 2,5fach - erhöhte Selbstmordziffer habe, wird durch keinerlei bekannte soziologische Faktoren gestützt. Eher ist anzunehmen, daß die Ermittlungen der Polizei über unnatürliche Todesfälle am Sitz der Landespolizeidirektion besonders gründlich und umfassend sind. Mit anderen Worten, es ist wahrscheinlich, daß die Suizidrate ehemaliger psychiatrischer Patienten auch in den anderen Bereichen des Einzugsgebiets der UNK höher ist, daß die Suizide dort jedoch weniger gründlich erfaßt werden, also eine erhebliche Dunkelziffer besteht.

Wie groß diese Dunkelziffer möglicherweise ist, läßt sich errechnen: für die erfaßten Suizide ergibt sich eine Quote von o,57 % aller entlassenen psychiatrischen Patienten der UNK. Legt man nur den Kreis Tübingen und die aus dem Kreis aufgenommenen Patienten zugrunde, kommt man auf

eine Rate von 1,5 %. Daß diese Zahl realistischer ist als die o,57 % für die Gesamtzahl der Patienten der UNK, darauf weist eine Reihe von Untersuchungen hin: so ermittelten B. Rorsman (1973) in Lund eine Suizidrate von 1,5 %, J. P. James et al. (1964) in Westaustralien eine Rate von 2,3 %, G. Innes et al. (197o) in Glasgow eine Rate von 1,5 %.

1.3 Klinische Merkmale

Die UNK hat unter den psychiatrischen Kliniken der BRD eine besondere Stellung: sie hat kein festes Einzugsgebiet, versorgt keine Patienten, die der langzeitigen stationären Behandlung bedürfen, und kann ihre Patienten aus einem größeren Angebot auswählen. Daraus folgt, daß sich bei der Auswahl der Patienten Selektionsfaktoren niederschlagen und die Häufigkeitsverteilungen nicht repräsentativ für Baden-Württemberg oder für die BRD sind (siehe: A. Finzen et al., 1974)

Selektionsfaktoren hinsichtlich der UNK-Patienten wirken sich selbstverständlich auch bei den Suizidanten aus. Die klinischen Merkmale müssen also in Zusammenhang mit der Zusammensetzung der UNK-Patienten allgemein gewertet werden. Da Daten zur UNK nur in beschränktem Umfang vorliegen, muß die Interpretation der klinischen Daten notwendigerweise beschränkt bleiben.

Beachtung unter den klinischen Merkmalen verdienen die Überrepräsentation affektiver Psychosen, sowie deren häufig als erfolgreich eingeschätztes Behandlungsergebnis und die große Anzahl von Mehrfachaufnahmen.

Klinische Diagnosen

Die Hälfte der Suizidanten (5o,8 %) litt an einer Psychose. Vergleicht man die Psychosequoten der verschiedenen Untersuchungspopulationen - Kliniksuizid/Suizid nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung/ Suizid allgemein -, so ergibt sich folgendes: Nach G. Ritzel (1974) beträgt die Psychosequote bei Kliniksuiziden zwei Drittel. Angaben über die Psychosequote bei Selbstmord allgemein findet man bei H. F. Späte (1975) und K. J. Linden (1969). Letzterer nennt für die deutschsprachigen Gebiete eine Psychosequote von 8 bis 15 %. Bei H. F. Späte (1975) beläuft sich dieser Wert auf 1o bis 2o % psychotisch Kranker unter Selbstmördern. Es werden also im allgemeinen Psychosequoten von umgerechnet einem Fünftel bis einem Zwölftel der Selbstmörder genannt. Die Psychosequote von einhalb bei den untersuchten Suizidanten liegt also zwischen jener von Kliniksuizidanten und jener von Selbstmördern allgemein. Darin stimmen auch die häufigsten Ergebnisse der anderen Untersuchungen zum Selbstmord nach der Entlassung überein: die von Gardner et al. (1964), Neumann (1971), Pokorny (1964), Temoche et al. (1964) und Wilson (1968) festgestellten Psychosequoten liegen alle zwischen 5o und 6o %. Bei Bolin et al. (1968) beträgt sie 67 %.

Von den Suizidanten mit einer Psychose sind jene mit der Diagnose affektive Psychose - 28,6 % der Gesamtpopulation - im Vergleich zur UNK insgesamt - 19,2 % mit dieser Diagnose - überrepräsentiert. Für die allgemein festgestellten hohen Suizidraten bei den endogenen Depressionen gibt E. Stengel (1969) folgende Erklärung: "Ihr Hauptsyndrom ist eine schwere Depression mit tiefem Pessimismus, das Gefühl der Sinnlosigkeit und Wertlosigkeit

und die Neigung zu übersteigerten Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen. Depressive Patienten haben ausnahmslos den Wunsch zu sterben." Eine Überrepräsentation endogener Psychosen wird auch bei Gardner et al. (1964), Pokorny (1964) und Temoche et al. (1964) beschrieben.

Bezüglich des Anteils der Neurosen besteht im wesentlichen Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Autoren Gardner et al. (1964), Neumann (1971) und Pokorny (1964). Ein niedrigerer Anteil an Neurosen ist bei Bolin et al. (1968) und Temoche et al. (1964) beschrieben. Es sei darauf hingewiesen, daß ein großer Teil der neurotischen Suizidanten, 15 von 22, anschließend an einen Selbstmordversuch aus anderen Kliniken übernommen und nach zeitlich begrenzter Krisenintervention wieder entlassen wurde. Die neurotisch Erkrankten stellen zahlenmäßig die stärksten Gruppen, sowohl bei den UNK-Patienten wie bei den Suizidanten; sie sind aber bei den Suizidanten mit 35 % im Vergleich zu den UNK-Patienten mit 38 % eher unterrepräsentiert. Die hinsichtlich der neurotisch Erkrankten gewonnenen Zahlen können als Hinweis darauf gewertet werden, daß die zeitlich begrenzte Krisenintervention nach Selbstmordversuch in einem gewissen Ausmaß erfolgreich angewandt wird.

Die Untersuchungsergebnisse bestätigen also, daß verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder eine unterschiedlich starke Selbstmordtendenz beinhalten.

Therapie

Die Daten zur Therapie während der stationären Behandlung können im Rahmen der vorliegenden Arbeit lediglich aufgeführt werden (siehe: Untersuchungsteil III.2.2). Eine

Auswertung ist mangels notwendiger Vergleichszahlen sowohl für die UNK als auch aus anderen Untersuchungen nicht möglich.

Behandlungsergebnis

65,1 % der Suizidanten wurden als in ihrem Krankheitszustand gebessert oder geheilt entlassen. Der hohe Anteil ist insbesondere bei den Suizidanten mit einer affektiven Psychose bemerkenswert. Innerhalb dieser Diagnosegruppe wurden sogar 83,3 % für in ihrem Kranheitszustand gebessert befunden, wobei gerade sie die höchste Suizidrate haben (vgl. unter: Klinische Diagnosen).

Die Ursachen der Diskrepanz zwischen erfolgreicher Therapie und Suizid, d.h. die Gründe, weshalb die Besserung nicht anhielt, können hier letztlich nicht erforscht werden. Folgendes mag dabei eine Rolle spielen:

Das Behandlungsergebnis wird in den Krankenblättern der UNK in verhältnismäßig groben Kategorien dokumentiert.

Die Einschätzung der Behandlung liegt nach Beendigung der depressiven Phase.

Der als erfolgreich eingeschätzten Therapie folgt nach der Entlassung in der Regel keine Festigung, z. B. durch weitere Betreuung, so daß eventuelle Rückschläge und akut auftretende Schwierigkeiten nicht aufgefangen werden können.

H. F. Späte (1975) schreibt: "Es fehlen u. a. noch immer die dringend nötigen Bindeglieder vom Krankenhaus zur Wohn- und Arbeitsumgebung des Kranken, die im sozialpsychiatrischen Sinne dazu beitragen müßten, die zwischenmenschlichen Konflikte der Patienten zu regulieren

oder zu beheben." Solch ein Bindeglied wurde 1972 in Tübingen mit der Errichtung einer Tagesklinik geschaffen. Auswirkungen für die vorliegende Arbeit sind selbstverständlich noch nicht feststellbar, da der Untersuchungszeitraum nur bis 1974 reicht.

Vergleichszahlen für die Klinik liegen nicht vor, ebensowenig berichten andere Autoren über das Ergebnis der Behandlung. Die oben aufgeführten Werte hinsichtlich des vom behandelnden Arzt festgestellten Behandlungsergebnisses können also trotz ihrer Auffälligkeit nicht positiv oder negativ gewertet werden.

Anzahl der stationären Aufenthalte

Im Durchschnitt hatten die Suizidanten 2,4 stationäre Aufenthalte. Rund zwei Drittel der Aufenthalte erfolgten in der UNK.

Es fällt auf, daß bei den Suizidanten die Mehrfachaufnahmen im Vergleich zu den UNK-Patienten allgemein stark erhöht sind: während 55,5 % der Suizidanten mehr als einmal in stationärer Behandlung waren, ist dies bei den UNK-Patienten nur bei 3o % der Fall. Im Sinne der Suizidprophylaxe sprechen diese Zahlen deutlich für die Notwendigkeit von Übergangseinrichtungen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. So ließe sich möglicherweise die Anzahl von Wiederaufnahmen verringern, wie insbesondere auch die Zahl der Patienten, die nach Entlassung Suizid begehen, weil sie manchen Schwierigkeiten im täglichen Leben noch nicht ganz gewachsen sind und Unterstützung brauchten.

Erwartungsgemäß werden aufgrund der Schwere ihrer Krank-

heit die psychotisch Kranken häufiger aufgenommen als die neurotisch Kranken und die Alkoholiker. Innerhalb der Diagnosegruppe Psychose waren 71,9 % mehr als einmal in stationärer Behandlung, während es innerhalb der Diagnosegruppe neurotische Erkrankung und Alkoholismus 39,4 % waren. Vergleichszahlen für die Klinik existieren nicht.

Wenn auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht interpretierbar, ist die auffällig höhere durchschnittliche Aufenthaltszahl von 2,7 bei den Frauen gegenüber 1,8 bei den Männern von Interesse. Bei den UNK-Patienten sind nach B. Calov (1973) solche geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht vorhanden. Der Verdacht, daß die häufigere Aufnahme der weiblichen Suizidanten in Zusammenhang steht mit allgemein kürzerer Verweildauer, was den Gesamtumfang der Klinikaufenthalte bei männlichen und weiblichen Suizidanten ausgleichen könnte, kann nicht überprüft werden, da, wie im folgenden Punkt dargestellt wird, die Verweildauer nur bei Aufenthalten in der UNK feststellbar ist.

Zur Anzahl der stationären Aufenthalte finden sich bei den anderen Autoren keine Untersuchungsergebnisse.

Verweildauer

Das Vorhaben, die Gesamtverweildauer - aller stationären Aufenthalte zusammen - zu ermitteln, konnte nicht durchgeführt werden, weil die jeweilige Verweildauer bei den Aufenthalten in den anderen psychiatrischen Kliniken häufig nicht bekannt war. Dabei handelt es sich um rund ein Drittel aller Klinikaufenthalte (siehe: oben). Aus diesem Grunde wurde als durchschnittliche Verweildauer jene des letzten stationären Aufenthaltes in der UNK vor dem Suizid genommen: sie beträgt 38 Tage. Das ist relativ

wenig, da die durchschnittliche Verweildauer der UNK-Patienten von 42 Tagen aufgrund der genannten besonderen Stellung der UNK bereits relativ kurz ist (siehe: A. Finzen 1974). In den anderen Untersuchungen zum Selbstmord nach der Entlassung wurde die Verweildauer nicht ermittelt.

Die durchschnittliche Verweildauer der neurotisch Kranken und Alkoholiker von 31 Tagen und die durchschnittliche Verweildauer der psychotisch Kranken von 46 Tagen decken sich mit der Feststellung bei A. Finzen et al. (1974),"...daß die Psychosen mit 22.ooo von 39.ooo Krankenhaustagen das Bild der Klinik beherrschen, obwohl das bei ihrem Anteil von nur 37 % an der Zahl der Patienten zunächst nicht so scheinen mag".

Einweisung

In der UNK-Untersuchung wird betont, daß auffallend viele Patienten - 18 % - aus einem anderen, nicht-psychiatrischen Krankenhaus in die UNK überwiesen wurden. Bei den Suizidanten ist diese Zahl mit 27 % sogar noch um die Hälfte größer. Die Ursache dafür ist, daß bei einem Suizidversuch die Patienten häufig zunächst als Notfall in ein Krankenhaus eingewiesen werden - z. B. zur Magenspülung bei Tablettenintoxikation. Danach werden sie von dort in die UNK verlegt. So setzten sich die 27 % verlegter Suizidanten aus 23,8 % solcher Patienten und nur 3,2 % "eigentlicher" Verlegungen zusammen.

Entsprechend geringer ist mit 22,2 % die Anzahl jener Suizidanten, die vom Hausarzt eingewiesen worden waren, während dieser immerhin 31 % der UNK-Patienten allgemein einwies.

In der UNK-Untersuchung wird festgestellt, daß der niedergelassene Nervenarzt eine untergeordnete Rolle als einweisender Arzt für die Klinik spielt: 19 % der UNK-Patienten allgemein wurden von ihm eingewiesen. Dieses Ergebnis wird bei den Suizidanten bestätigt; 17,5 % der Suizidanten waren von einem niedergelassenen Nervenarzt eingewiesen worden.

Die Differenz bei der Einweisung über die Poliklinik - 33,3 % der Suizidanten, 22 % der UNK-Patienten - kann nicht genau erklärt werden, da in diesem Punkt Klassifizierungsunterschiede vorliegen. Die bei den Suizidanten vorgenommene Unterteilung in ambulante Patienten und solche, die ohne ärztliche Einweisung in die UNK kamen, wurde in der UNK-Untersuchung nicht angestellt. Ob die große Anzahl der unter Poliklinik registrierten Suizidanten möglicherweise aus der auffalend hohen Anzahl jener Suizidanten resultiert, die ohne ärztliche Einweisung in die UNK gekommen waren - 19,1 % der Gesamtpopulation -, kann hier nicht nachgeprüft werden.

Ein Vergleich mit anderen Untersuchungen zu diesem Punkt ist mangels entsprechender Daten nicht möglich.

Entlassung

Die Daten, welcher Facharzt die Suizidanten nach der Entlassung von ihrem letzten stationären Aufenthalt in der UNK vor dem Suizid weiterbetreut hatte, können hier nur aufgezählt werden (siehe: Tab. 2.7). Eine Diskussion dieser Daten ist nicht möglich, da es weitere Angaben, wie z. B. zur Art der Behandlung durch den jeweiligen Facharzt, nicht gibt. Ebensowenig liegen entsprechende Daten für die UNK oder aus anderen Untersuchungen vor.

Zu bemerken ist, daß insgesamt 9 Suizidanten (14,3 %) zu einem späteren Zeitpunkt nochmals in einer psychiatrischen Klinik waren: aus den Akten gingen Wiederaufnahmen bei 4 Suizidanten hervor, und 5 Suizidanten waren von der UNK verlegt worden.

1.4 Daten zum Suizid

Auch wenn die Zahlen sich statistisch nicht erhärten lassen, verdient eine Reihe der Daten zum Suizid besondere Beachtung, zumal diese Daten durch das Schrifttum bestätigt werden. Das gilt für den Zeitpunkt des Suizids nach der Entlassung, für vorangegangene Suizidversuche und für die Verteilung der Suizidmethoden.

Die Angaben über Ankündigung und Motiv entstammen ausschließlich den Unterlagen der Polizei. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Polizei mit einer anderen Fragestellung an die Untersuchung eines Suizids herangeht als eine Selbstmorduntersuchung zu wissenschaftlichem Zweck. Die Angaben sind also möglicherweise lückenhaft.

Zeitpunkt nach Entlassung

Der Zeitpunkt des Suizids lag zwischen 1 Tag und 7 Jahren nach der Entlassung. Der Großteil der Suizidanten, 71,4 %, hatte sich jedoch bereits innerhalb eines Jahres getötet.

Bei den 9 Suizidanten, die durch Verlegung oder Wiederaufnahme ihren letzten stationären Aufenthalt in einer anderen Nervenklinik verbrachten, wurde wegen der für einen Vergleich notwendigen, ähnlichen Bedingungen der Zeitpunkt ihrer dortigen Entlassung genommen.

Die Anzahl der Suizidanten steht in einem umgekehrten Verhältnis zur zeitlichen Differenz zwischen Entlassung und Suizid: die meisten Suizide erfolgten unmittelbar in der Zeit nach der Entlassung. Fast die Hälfte, 44, 4 %, beging im Zeitraum von 3 Monaten nach Entlassung Suizid, knapp zwei Drittel (61,9 %) hatten sich innerhalb von 6 Monaten nach Entlassung getötet. Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß das erste halbe Jahr nach der Entlassung die "kritische Zeit" bildet, in der sich der Großteil der Suizide ereignet.

Diese "kritische Zeit" wird auch in den anderen Veröffentlichungen zum Suizid nach der Entlassung beschrieben. Bei Bolin et al. (1968) beträgt die Häufigkeit der Selbstmorde in den ersten 6 Monaten nach Entlassung 71 %, bei Gardner et al. (1964) 54 % - dazu kommen noch 37 %, die sich noch während des stationären Aufenthalts suizidierten -, bei Midenet et al. (1967) sogar 81 %. Pokorny (1964) beschreibt 65 % Selbstmorde 8 Monate nach der Entlassung, Rorsman (1973) 39 % 3 Monate nach der Entlassung. Bei Temoche et al. (1964) dagegen liegt eine geringere Häufigkeit von 33 % Suiziden in den ersten 6 Monaten nach Entlassung vor.

Die kritische Zeit von 6 Monaten ist insbesondere im Zusammenhang mit der Frage der Nachbetreuung als relevant zu erachten, d. h., daß z. B. für Suizidgefährdete die Zeit von einem halben Jahr nach ihrer Entlassung als Minimalzeitraum für eine sinnvolle Weiterbetreuung angenommen werden kann.

Die auffälligsten Werte ergaben sich bei den Schizophrenen: von ihnen hatten 13 - 92,9 % aller Schizophrenen - nach 6 Monaten Selbstmord begangen, und beim letzten

betrug die Differenz auch nur 8,5 Monate. Daß für Schizophrene die Zeit nach der Entlassung die schwierigste ist, in der die meisten Suizide erfolgen, wurde auch von anderen Autoren beobachtet. N. P. Anderson (1973) z. B. erklärt dies damit, daß Angst vor Wiederauftreten der Krankheit, ein plötzlicher psychotischer Anfall und der Rückfall in psychotische Symptome die häufigsten Suizidrisiken für die Schizophrenen darstellen und diese Risiken insbesondere in der Zeit nach Entlassung auftreten, wenn die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und in die Familie erhöhten Stress verursacht.

Vorangegangene Suizidversuche

Bei 57 % der Suizidanten ist bekannt, daß sie einen oder mehrere - bis zu 7 - Selbstmordversuche vor ihrem Suizid unternommen haben.

Daß Menschen, die schon Selbstmordversuche unternommen haben, als potentielle Selbstmörder angesehen werden können, wird auch von anderen Autoren angegeben. Bei den Untersuchungen zum Suizid nach der Entlassung ermittelten Bolin et al. (1968) 52 % ihrer Probanden, die schon Selbstmordversuche unternommen hatten - im Gegensatz zu nur 18 % der Kontrollgruppe -, bei Neumann (1971) beträgt diese Zahl 55 %; einen etwas geringeren Anteil an vorangegangenen Selbstmordversuchen von 36 % seiner Untersuchungsgruppe stellte Wilson (1968) fest. E. Ringel et al. (1969) schreiben hierzu: "Die neueren Untersuchungen haben den Eindruck bestätigt, daß die große Mehrzahl von Menschen, die Selbstmordversuche begehen, weiterlebt, haben aber gezeigt, daß nichtsdestoweniger Selbstmorde unter diesen Menschen viel häufiger sind, als unter vergleichbaren Gruppen von Menschen, die keine Selbstmord-

versuche unternommen haben." Allein 36,5 % der Suizidanten kamen wegen eines Suizidversuches in die UNK, wobei zu berücksichtigen ist, daß nur der letzte stationäre Aufenthalt vor der Entlassung herangezogen wurde.

Unter den Suizidanten mit einer suizidalen Vorgeschichte stellen die neurotisch Kranken einen besonders hohen Anteil - 15 von 22 neurotisch Kranken oder 68,2 %. Bei den Suizidanten dieser Diagnosegruppe erfolgte nicht nur die Einweisung, sondern auch die Diagnosestellung häufig im Zusammenhang mit einem Suizidversuch. In seiner Theorie des "präsuizidalen Syndroms" betrachtet E. Ringel (1952) eine chronische neurotische Entwicklung als die Grundlage der Selbstmordhandlung.

Die Feststellung, daß Selbstmörder oft schon Selbstmordversuche unternommen haben, gilt nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen nicht für die Schizophrenen: nur bei 4 Schizophrenen - 28,6 % aller 14 Schizophrenen - sind vorangegangene Selbstmordversuche bekannt. Daraus kann geschlossen werden, daß verschiedene Krankheitsbilder eine unterschiedlich starke Tendenz zu Selbstmord und zu Selbstmordversuch enthalten: bei Selbstmord dominieren in der Relation die psychotisch Kranken, bei Selbstmordversuch die neurotisch Kranken. Ob die festgestellten Differenzen Rückschlüsse hinsichtlich einer differenzierten Wertung der Suizidgefahr in der Therapie der verschiedenen Krankheitsbilder zulassen, kann hier nicht beurteilt werden.

Die häufig gemachte Feststellung, daß, im Gegensatz zum Selbstmord, bei Selbstmordversuchen der Anteil der Frauen überwiegt, wird in der vorliegenden Untersuchung bestä-

tigt. Von den weiblichen Suizidanten hatten 68,9 % schon Suizidversuche unternommen, von den männlichen 47,1 %. E. Stengel (1969) führt dazu aus: "Es scheint, daß Frauen Selbstmordhandlungen häufiger als Appell an die Umgebung benützen als Männer...Frauen scheinen mehr dazu zu neigen, die Selbstmordhandlung als Angriffs- und Verteidigungswaffe zu benützen als Männer, wahrscheinlich weil ihnen andere Mittel zur Druckausübung, wie z. B. Muskelkraft, nicht im selben Grade wie Männern zur Verfügung stehen."

Einschätzung der Suizidalität

Davon ausgehend, daß vorangegangene Suizidversuche einen Faktor für die Beurteilung der Suizidalität darstellen, werden von den behandelnden Ärzten meistens solche Patienten für suizidal gehalten, bei denen bekannt ist, daß sie Selbstmordversuche unternommen haben. Von den 63 Suizidanten wurden bei 41 in den Krankenblättern Hinweise auf eine Suizidgefährdung gefunden, von diesen wiederum hatten 3o schon Selbstmordversuche unternommen.

Weitere Kriterien, die bei der Einschätzung der Suizidalität herangezogen werden können, insbesondere wenn sie in Kombination auftreten, sind bei den verschiedenen Autoren in verschiedener Anzahl aufgeführt. Dazu gehören u. a. höheres Alter, der Familienstand alleinstehend, die Zugehörigkeit zu höheren gesellschaftlichen Schichten, die Diagnose affektive Psychose (siehe z. B.: E. Stengel, 1969). Bezüglich der hier untersuchten Suizidanten ließ sich eine Heranziehung solcher Kriterien durch die behandelnden Ärzte nicht feststellen, sondern die Patienten wurden, wie oben gesagt, im allgemeinen dann für suizidal

gehalten, wenn Selbstmordversuche bekannt waren.

Insbesondere die neurotisch Kranken wurden für suizidal gehalten: 19 "Suizidale" gehören zu dieser Diagnosegruppe - bei insgesamt 22 neurotischen Suizidanten. Da bereits im vorigen Abschnitt über die Zusammenhänge von Neurose und suizidalem Geschehen diskutiert wurde, sei auf diesen Abschnitt verwiesen.

Umgekehrt wie bei den neurotisch Kranken verhält es sich bei den schizophrenen Suizidanten. Nur die Hälfte von ihnen war vom behandelnden Arzt für suizidal gehalten worden; es hatten ja auch nur 28,6 % der Schizophrenen Suizidversuche unternommen (vgl.: voriger Diskussionspunkt). Daß aber gerade die schizophrenen Suizidanten ausnahmslos innerhalb kürzester Zeit nach Entlassung Suizid begingen (vgl.: Untersuchungspunkt 3.1), sollte bei der Beurteilung der Suizidalität von Schizophrenen immer in Betracht gezogen werden.

Ankündigung

Nur bei 19,1 % der Suizidanten ist bekannt, daß sie den Suizid vorher angekündigt haben. Diese Zahl, den Unterlagen der Polizei entnommen, ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu gering. Nach Auskunft der Polizei wird im allgemeinen nicht genauer nach Ankündigungen nachgeforscht. So ist es z. B. nicht üblich, den weiteren Bekanntenkreis eines Selbstmörders zu explorieren. Des weiteren ist bekannt, daß Schuldgefühle die Angehörigen über Ankündigungen schweigen lassen.

Es ist also anzunehmen, daß, sofern es methodisch möglich wäre, eine wesentlich höhere Anzahl von Ankündi-

gungen ermittelt werden könnte. Bei E. Stengel (1969) betragen die Zahlen zwischen 6o und 75 % der Selbstmörder, die ihren Suizid ankündigen. In den anderen Untersuchungen zum Suizid nach der Entlassung sind bei Bolin et al. (1968) 52 % der Suizidanten beschrieben, die Selbstmordandrohungen machten - im Gegnsatz zu 26 % der Kontrollgruppe -, bei Wilson (1968) machten 29 % verbale Selbstmorddrohungen, Neumann (1971) nennt 58 % seiner Probanden, bei denen Hinweise auf Selbstmordgedanken gefunden wurden.

Suizidmethode

Der Anteil von 58,8 % der Suizidanten, die eine harte Suizidmethode wählten und somit ein größeres Sterberisiko eingegangen waren, ist ebenso groß wie in der Selbstmordstatistik der BRD von 1969 (siehe: G. Möllhoff, 1972) mit 58,7 %. Angaben zur Suizidmethode in den Untersuchungen zum Selbstmord nach der Entlassung finden sich bei Neumann (1971), in dessen Untersuchungsgruppe 45 % eine harte Methode wählten und bei Rorsman (1973), dessen Probanden zu 47 % eine harte Methode wählten.

Die Bedeutung der Wahl der Methode liegt darin, daß harte Methoden, wie z. B. Sturz, fast immer unwiderruflich sind, während bei weichen Methoden, wie z. B. der Einnahme von Schlafmitteln, oft noch die Möglichkeit eines Eingreifens von außen besteht. In der Literatur wird allgemein die von K. J. Linden (1972) so formulierte Aussage angenommen: "...drückt sich die Intensität der Suizidtendenz auch in der Wahl der Selbstmordmethode aus".

Harte Methoden wurden insbesondere von den psychotisch Kranken angewandt: 75 % der psychotisch Kranken gegenüber

5o % der neurotisch Kranken und Alkoholiker töteten sich durch eine harte Methode. G. Ritzel (1974) bezeichnet die Bevorzugung harter Methoden als ein Charakteristikum des Kliniksuizids. Da die Psychosequote in der Reihenfolge Suizid allgemein/Suizid nach Entlassung/Kliniksuizid ansteigt (vgl.: Diskussionsteil über Klinische Diagnosen), kann der Schluß gezogen werden, daß die Bevorzugung harter Methoden vor allem ein Charakteristikum psychotischer Suizidanten ist.

Von den älteren Suizidanten - über 45 Jahre - töteten sich 77,8 % durch eine harte Methode, von den Jüngeren - bis 45 Jahre - 44,4 %. Die älteren der Suizidanten schienen also mehr die Endgültigkeit der Selbstmordhandlung zu beabsichtigen als die jüngeren.

In der Literatur wird meist ein Überwiegen der harten Methoden bei den Männern festgestellt (siehe z. B.: E. Stengel, 1969). Der Versuch, auch bei den hier untersuchten Suizidanten einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Suizidmethode zu finden, brachte ein negatives Ergebnis. Eine Erörterung dieses Untersuchungsergebnisses soll wegen des hierfür zu geringen Datenmaterials nicht versucht werden. Im Untersuchungspunkt Geschlecht wurde jedoch bereits, im Gegensatz zu den Häufigkeiten bei anderen Autoren, ein relativ hoher Anteil an Frauen bei den hier untersuchten Suizidanten festgestellt.

Motiv

Nur von 12 Suizidanten waren Angaben über ein aktuelles Motiv zu bekommen. Es waren insbesondere Konflikte interpersoneller Art (Streit u. ä.) und in 4 Fällen beruflicher Art.

Die Angaben entstammen ausschließlich den Unterlagen der Polizei. Für die Polizei, die, wie bereits gesagt, mit einer anderen Fragestellung an die Untersuchung eines Selbstmordes herangeht als eine Untersuchung zu wissenschaftlichem Zweck, reicht im allgemeinen das Vorliegen einer "Geisteskrankheit" als Motiv aus. So hatten auch nur 3 jener 12 Suizidanten, bei denen Angaben über ein aktuelles Motiv vorhanden waren, eine Psychose, die anderen 9 hatten die Diagnose neurotische Erkrankung oder Alkoholismus. Eine sinnvolle Interpretation des Motivs anhand dieser Daten ist somit nicht möglich.

Verteilung der Suizide auf die Jahre 1965 bis 1974

Es ergibt sich ein jährlicher Durchschnitt von 6 Suizidanten. Tatsächlich tritt aber eine deutliche Häufung im Jahre 1969 auf, während die Werte für die übrigen Jahre relativ gleichmäßig verteilt sind.

Die unter dem Durchschnitt liegende Anzahl der Suizidanten in den Jahren 1965 bis 1968 dürfte mit der Erhebungsmethode im Zusammenhang stehen: es konnten aus methodischen Gründen (siehe: Teil II) nur solche Suizidanten erfaßt werden, bei denen sowohl die stationäre psychiatrische Behandlung als auch der Suizid in den Jahren 1965 - 1974 erfolgte; d. h., daß jene Suizidanten nicht erfaßt werden konnten, die sich zwar im Untersuchungszeitraum suizidierten, deren stationäre Behandlung in der UNK jedoch bereits vor 1965 erfolgte. Da aber Anzahl der Suizide und zeitliche Differenz zwischen Entlassung und Suizid in einem umgekehrten Verhältnis zueinander stehen (siehe: Diskussionsteil über den Zeitpunkt des Suizids nach der Entlassung), kann man eine kleine Zahl jener Suizidanten annehmen.

Die Häufung von Suiziden im Jahr 1969 entspricht einer erhöhten Aufnahmezahl von Suizidanten in die UNK in diesem Jahr, und, wie oben gesagt, es suizidierten sich die meisten innerhalb kurzer Zeit nach der Entlassung. Da die Zahl von Patienten-Aufnahmen insgesamt in die UNK 1969 keine Auffälligkeiten aufweist (vgl.: A. Finzen, 1974), wird dieses Ergebnis als Zufallsergebnis beurteilt.

Jahreszeit des Suizids

Wie in vielen Selbstmorduntersuchungen wird auch bei den hier untersuchten Suizidanten eine größere Suizidhäufigkeit im Frühjahr und Sommer festgestellt. 6o % der Suizide erfolgten in diesen Jahreszeiten. Als weiterer Peak ragt die große Anzahl von Suiziden im Dezember heraus.

Vermutungen, daß bei den höheren Selbstmordziffern in den schöneren und wärmeren Jahreszeiten möglicherweise rhythmische biologische Veränderungen eine Rolle spielen, konnten bisher nicht bestätigt werden (siehe: E. Stengel, 1969). Einer anderen Spur gingen D. E. Sanborn et al. (1969) nach: Bei ihrer Untersuchung der Suizidmonate psychiatrischer Patienten erfolgte die Mehrzahl der Suizide ebenfalls zwischen März und August, mit einem Peak im Dezember. Ihre gleichzeitig angestellte Untersuchung über die Aufnahmehäufigkeit ins Krankenhaus während der einzelnen Monate ergab, daß auch diese den gleichen jahreszeitlichen Schwankungen unterlag. Die genannte Verteilung der Suizidhäufigkeit ist nach ihren Überlegungen im Rahmen einer allgemeinen jahreszeitlichen Schwankung der Krankheitsanfälligkeit zu sehen.

Tageszeit des Suizids

Um einen Anhaltspunkt für die Suizidtendenz zu haben, ist es wichtig zu wissen, ob ein Eingreifen von außen möglich war (vgl.: E. Stengel, 1969; K. J. Linden, 1972). Die Tageszeit z. B. kann die Möglichkeiten für ein Eingreifen von außen beeinflussen. E. Stengel (1969) fordert, daß zur Beurteilung einer Selbstmordhandlung u. a. die soziale Konstellation des Individuums zur Zeit der Selbstmordhandlung berücksichtigt wird. Als ein Faktor der sozialen Konstellation kann die Tageszeit, zu der der Suizid erfolgt, aufgefaßt werden.

Bei zwei Drittel der Suizidanten ist die Uhrzeit bekannt. Die Häufigkeiten zu den verschiedenen Tageszeiten sind leider nur beschränkt interpretierbar, da weitere Daten des sozialen Umfelds, in dem der Selbstmord stattfand, nicht zu erheben waren. Auffallend ist, daß von nur 3 Suizidanten die Uhrzeit zwischen 18 und 24 Uhr gewählt wurde. Geht man davon aus, daß in dieser Zeit die meisten Menschen ihren Feierabend zu Hause verbringen, ein Eingreifen also vermutlich eher möglich wäre, so spricht das gefundene Ergebnis für eine relativ starke Suizidtendenz bei den Suizidanten.

2. Synopsis der Literatur

Um zu allgemeineren Schlüssen zu gelangen, sollen einige wesentliche Daten aus der vorhandenen Literatur zum Suizid nach der Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung zusammenfassend erörtert werden. Sie werden nach gemeinsamen Merkmalen überprüft, ebenso wie nach ihren Differenzen und, soweit möglich, deren eventuellen Ursachen.

Betont werden muß, daß sich bei den teilweise recht unterschiedlichen Untersuchungsansätzen Vergleiche nur mit Vorsicht anstellen lassen. Die relativ häufige Übereinstimmung erlaubt jedoch, eine gewisse Aussagefähigkeit der gefundenen Daten festzuhalten und ihre Allgemeingültigkeit vorsichtig zu postulieren.

Im einzelnen werden folgende Daten diskutiert: Ort und Zeit der Untersuchung, Untersuchungspopulation, Geschlechtsverteilung, Anzahl der Suizide in Relation zu den Patienten im Untersuchungszeitraum, Suizidrate, Zeitraum des Suizids nach der Entlassung, diagnostische Verteilung und Suizidversuche. Die genannten Daten sind in der abgebildeten Tabelle in der Übersicht zusammengestellt.

Ort und Zeit

Es liegen Arbeiten insbesondere aus den USA, aber auch jeweils einzelne Untersuchungen aus Frankreich, Israel, Australien, Schweden und der BRD vor.

Die zeitlich am weitesten zurückreichenden Untersuchungen sind jene von Pokorny (1964) und Temoche et al. (1964), die auf das Jahr 1949 zurückgehen. Am jüngsten neben der vorliegenden Untersuchung ist jene von Neumann (1971), die noch Material aus 1971 verarbeitet.

Die erfaßten Zeiträume liegen zwischen zweimal einem Jahr (Yamamoto et al., 1973) und 15 Jahren (Neumann, 1971; Pokorny, 1964).

Untersuchungspopulation

In der Heterogenität der Untersuchungspopulationen liegt der größte Unsicherheitsfaktor für die Vergleichbarkeit der ermittelten Zahlen. Erfaßt wurden im wesentlichen solche Suizidanten, die sich nach der Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung getötet hatten. Bei einigen Autoren ist unter den untersuchten Suizidanten jedoch eine mehr oder weniger große Anzahl solcher, die sich bereits während des stationären Aufenthalts suizidiert hatten. Diese fallen nicht sehr ins Gewicht bei den Untersuchungsgruppen von Pokorny (1964) und Temoche et al. (1964), die 7 von 117 bzw. 3o von 183 Suizide während des stationären Aufenthalts beinhalten. Mehr Bedeutung haben die "stationären Suizide" aber bei Gardner et al. (1964) und Neumann (1971), bei denen diese Zahlen 2o von 54 bzw. 19 von 38 lauten.

Eine ebenfalls nicht unerhebliche Differenz liegt in den jeweiligen Größenordnungen der Untersuchungspopulationen.

Autoren	Zeit und Ort der Untersuchung	Anzahl n (davon stationär)	Geschlecht % m	f	Suizide pro Patienten im Untersuchungszeitraum in %
Bolin et al.	1955-66 Stockton/ Kalifornien	27	41	59	-
Gardner et al.	1960-62 Monroe County N. Y.	54 (20)	67	33	0,54
James et al.	1955-61 West-Australien	75	68	32	3,1 m 1,5 f
Midenet et al.	1953-57 Bassens/ Frankreich	16	-	-	-
Neumann	1957-71 Israel	38 (19)	44	56	0,45
Pokorny	1949-63 Texas	117 (7)	97	3	1,0
Rorsman	1962-67 Lund Schweden	46	65	35	1,5
Temoche et al.	1949-51 Massachusetts	183 (30)	62	38	-
Wilson	1957-64 San Franzisko Kalifornien	17	-	-	-
Yamamoto et al.	1963+66 Los Angeles Kalifornien	157	-	-	-
Haase	BRD	50	-	-	1,0
Müller	1965-74 Tübingen BRD	63	54	46	1,49

Suizide/ 100.000/ Jahr	Zeitraum des Suizids nach Entlassung in % noch stat.	-1 Monat(e)	-3	-6	-12	>12	Diagnosen in % Schiz.	neur.	Organ. Psych.	aff.	Erkr. Alkoh.	Sonst.		Suizid-versuche in %
177	-	-	52	19	7	22	48	19	11	(+3)	22	-		52
163	37	-	48	6	4	6	31	2	41	(+15)	8	-		-
155 m 75 f	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
14	-	13	-	68	-	19	25	-	-	5	-	25		-
45	-	-	53	-	16	31	26	29	45	-	-	-		55
165	6	35	1-8 Monate 3		>8 Monate 29		27	28	35	8	3	-		-
109	-	-	39	>3 Monate 61			5	-	-	-	-	-		55
47,7	-	-	-	33	12	55	23	26	11	21	11	9		-
-	-	-	-	-	-	-	59	-	-	-	-	-		36
1963:289 1966:175	-	-	-	40	12	48	-	-	-	-	-	-		-
-	-	-	-	100	-	-	100	-	-	-	-	-		-
525	-	22	22	17,5	9,5	29	22	29	35	10	5	-		57

Wichtig ist jedoch nicht nur die absolute Größe der Population, sondern wichtig ist auch, in welchem Zeitraum sie ermittelt wurde. Die kleinsten Populationen haben Midenet et al. (1967) mit 16 und Wilson (1968) mit 17 Suizidanten. Letzterer hat darunter eine nicht genannte Zahl von Suiziden während der stationären Behandlung. Die erfaßten Zeiträume betragen 4 und 8 Jahre. Am häufigsten sind die dann folgenden Populationsgrößen zwischen 27 und 75 Suizidanten, die in Zeiträumen zwischen 3 und 15 Jahren ermittelt wurden. Den mit Abstand größten Populationen von 157 Probanden bei Yamamoto et al. (1973) bzw. 183 Probanden bei Temoche et al. (1964) liegen andererseits Untersuchungszeiträume von nur zweimal einem Jahr bzw. 3 Jahren zugrunde.

Eine große Rolle bei den unterschiedlichen Größenordnungen der Untersuchungsgruppen spielt die Erhebungsmethode. Die Ermittlung der Populationen geht im Prinzip auf Sterbestatistiken zurück, zum Teil auch noch auf Befragen von Personal u. ä. Die in der Methode liegende Lückenhaftigkeit resultiert insbesondere auch aus einer Lükkenhaftigkeit von Sterbestatistiken überhaupt. Die Verfälschung von Selbstmordziffern in den Sterbestatistiken ist hinreichend bekannt. Angeführt sei hier ein Zitat aus der Einleitung zu jenem Teil der Weltgesundheitsstatistik (World Health Organization, 1968), der dem Suizid gewidmet ist: "Die wirkliche Häufigkeit des Selbstmordes ist schwer festzustellen. Verschiedenartige Methoden der Beurkundung von Todesursachen, ihrer Registrierung und statistischen Verarbeitung sowie andere Faktoren beeinflussen den Umfang und die Verläßlichkeit des einbezogenen Materials..."

Schließlich sei noch auf die von vornherein intendierte Selektion bei den Untersuchungspopulationen folgender beider Autoren hingewiesen: Da sind zum einen Gardner et al. (1964), die sich mit dem Suizid älterer Menschen über 55 Jahren befaßten. Pokorny (1964) wiederum untersuchte den Selbstmord bei ehemaligen Patienten eines Hospitals für amerikanische Kriegsgefangene, wobei logischerweise die Männer mit 97 % den überwiegenden Teil der Gruppe darstellen.

Geschlecht

Angaben über die Geschlechtsverteilung liegen in 6 der 11 Untersuchungen vor. Dabei überwiegt bei 4 Untersuchungen (Gardner et al., 1964; James et al., 1964; Rorsman, 1973; Temoche et al., 1964) der Anteil der männlichen Suizidanten mit rund zwei Dritteln. In den anderen beiden Untersuchungen (Bolin et al., 1968; Neumann, 1971) sind die Frauen mit 59 % bzw. 56 % etwas stärker vertreten, wobei diesen Werten aber relativ geringe Populationsgrößen von nur 27 bzw. 38 Probanden zugrunde liegen. Auch in der hier vorliegenden Untersuchung stellen die Frauen mit 46 % einen relativ großen Anteil.

Die Untersuchungsgruppe von Pokorny (1964) stammt aus einem Hospital für amerikanische Kriegsgefangene, daher rührt auch der hohe Anteil von 97 % Männern.

Anzahl der Suizide in Relation zu den Patienten im Untersuchungszeitraum

Die im wesentlichen ermittelten Suizidraten liegen zwischen 1 % und 2,3 %. Dazu zählen die Ergebnisse von James et al. (1964), Pokorny (1964), Rorsman (1973) Haase

(1972) und die in der vorliegenden Untersuchung gewonnenen Ergebnisse. Die bei den beiden Autoren Gardner et al. (1964) und Neumann (1971) niedriger liegenden Raten von o,54 % und o,45 % sind hier im Prinzip nicht vergleichbar, da deren - mit 54 und 38 Probanden kleine - Untersuchungspopulationen zu 37 % bzw. 5o % aus solchen Probanden bestehen, die sich schon während des stationären Aufenthaltes suizidierten.

Suizide pro 1oo.ooo pro Jahr

Die bei den verschiedenen Autoren zu ermittelnden Zahlen liegen im allgemeinen zwischen 1oo und 2oo mit Ausnahme der hier gemachten Untersuchung mit 525, der Untersuchung von Neumann (1971) mit 45o und der Untersuchung von Temoche et al. (1964) mit 48. Die so ermittelten Raten sind insbesondere im Hinblick darauf, daß die meisten Selbstmorde innerhalb von 3 Monaten bzw. von 6 Monaten nach der Entlassung geschehen, man die Suizidrate aber pro Jahr errechnet, sehr künstlich und haben kaum Aussagekraft.

Wesentlich höhere und auch realistischere Zahlen wären zu erhalten, wenn man pro viertel oder halbes Jahr nach der Entlassung rechnen würde.

Zeitraum des Suizids nach der Entlassung

Im allgemeinen werden Zeiträume von 3 Monaten, 6 Monaten, 1 Jahr und mehr als einem Jahr nach Entlassung angegeben. In diesem Punkt nicht mit den anderen vergleichbar sind die beiden Untersuchungen von Gardner et al. (1964) und Neumann (1971), die bei mit 54 und 38 Probanden kleinen Untersuchungspopulationen eine große Anzahl von "stationären" Suiziden beinhalten - 37 % bzw. 5o %.

Bemerkenswert ist, daß sich die meisten Suizidanten innerhalb kurzer Zeit nach der Entlassung töteten. Innerhalb von drei Monaten hatte sich rund die Hälfte der Suizidanten bei Bolin et al. (1968) und Neumann (1971) getötet, bei Rorsman (1973) waren es 39 % und in der vorliegenden Untersuchung 44 %. Innerhalb von 6 Monaten war der Suizid bereits bei ungefähr zwei Dritteln der Probanden in den Untersuchungen von Bolin et al. (1968), Pokorny (1964) und in der vorliegenden Untersuchung vollzogen worden; bei Midenet et al. (1967) waren es sogar 81 %. Geringere Zahlen für die Suizide in den ersten 6 Monaten ermittelten Temoche et al. (1964) und Yamamoto et al. (1973) mit 33 % bzw. 4o %.

Diagnostische Verteilung

Eine auffallend große Übereinstimmung in fast allen Untersuchungen besteht im Anteil der psychotisch Kranken an den Untersuchungsgruppen mit jeweils rund 5o %; bei Bolin et al. (1968) waren es sogar 67 %.

Größere Differenzen gibt es dann bei der Verteilung innerhalb der anderen Diagnosegruppen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die diagnostische Zusammensetzung u. a. vom Charakter des jeweiligen Krankenhauses abhängt. So kann z. B. in psychiatrischen Akut-Krankenhäusern eine relativ große Anzahl von Patienten mit neurotischen Störungen und eine relativ geringe Anzahl von psychogeriatrisch Kranken und Alkoholikern angenommen werden (vgl.: A. Finzen, 1974). Da in den meisten Untersuchungen der Charakter der Krankenhäuser nicht genauer beschrieben ist, kann die zwischen 11 % und 45 % liegende Anzahl von neurotisch Kranken, sowie der Anteil an Patienten mit diversen anderen Diagnosen (Alkoholismus, organisches Psycho-

syndrom usw.) hier nicht weiter diskutiert werden. Erwähnt sei noch das, von allen anderen stark abweichende Ergebnis von Midenet et al. (1967) mit 5o % Alkoholikern und 25 % Schizophrenen, das aber auf nur 16 Probanden basiert.

Vorangegangene Suizidversuche

Angaben über dem Selbstmord vorangegangene Suizidversuche liegen bei 4 Autoren vor (Bolin et al., 1968; Neumann, 1971; Rorsman, 1973; Wilson, 1968). Ebenso wie in der hier vorliegenden Untersuchung hatten bis auf Wilsons Population - mit 36 % - jeweils über 5o % schon Suizidversuche unternommen.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde der Suizid von 63 ehemaligen Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen (UNK) in der Zeit zwischen 1965 und 1974 untersucht.

Die Untersuchung stützt sich auf die Krankenunterlagen der UNK und auf die Selbstmordakten der Landespolizeidirektion Tübingen für Südwürttemberg-Hohenzollern.

Es sollte zum einen ein Bild jener Suizidanten, die nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung Selbstmord begingen, hinsichtlich ihrer sozialen Situation sowie ihrer klinischen und suizidalen Anamnese vermittelt werden. Zum anderen wurde, um zu allgemeineren Schlüssen zu gelangen, nach der Literaturübersicht 11 internationaler Untersuchungen eine Synopsis der Literatur zu den wesentlichen Daten erstellt.

Einige Fragen konnten mangels Vergleichsdaten, aufgrund zu kleiner Zahlen, wegen der Grenzen der Untersuchungsmethode und unvereinbarer statistischer Ansätze in der Literatur nicht geklärt werden. Dazu gehören: die Bedeutung der Konfessionszugehörigkeit, der Therapie während des stationären Aufenthaltes, der Verweildauer im Krankenhaus, des weiterbehandelnden Facharztes nach der Entlassung, der Suizidankündigung und des Motivs.

Übereinstimmend mit den Ergebnissen der anderen Untersuchungen zum Suizid nach der Entlassung ergab sich eine positive Korrelation zwischen stärkerer Suizidtendenz und höherem Alter, dem Status alleinstehend bzw. sozialer Isolierung, höherer sozialer Schicht, psychotischer

Erkrankung, insbesondere affektiver Psychose, und suizidaler Anamnese, wobei insbesondere die Frauen schon Suizidversuche unternommen hatten. Ebenso ergab sich eine erhöhte Anfälligkeit für Suizide in den ersten 6 Monaten nach der Entlassung und die Bevorzugung harter Suizidmethoden bei den psychotisch Kranken und den älteren Probanden. Erhöht ist die Anzahl der Suizide im Frühjahr und Sommer und im Dezember.

Relativ hoch ist in der vorliegenden Untersuchung der Anteil der Frauen, die knapp die Hälfte der Probanden stellen, während sie in Vergleichsuntersuchungen oft nur ein Drittel ausmachen. Auch die sonst festgestellte Bevorzugung weicher Methoden bei weiblichen Suizidanten konnte hier nicht bestätigt werden, da die Frauen und Männer gleichermaßen sich häufiger mittels einer harten Methode töteten.

Aufschlußreich sind die Ermittlungen zum Wohnort: Aus dem Kreis Tübingen kommen zwei Drittel der Probanden - überdurchschnittlich viele im Vergleich zu dem einen Viertel der Klinikpopulation, das aus demselben Einzugsbereich stammt. Als Ursache konnte eine besonders gründliche polizeiliche Ermittlung in diesem Gebiet und daher eine große Dunkelziffer in den anderen Einzugsgebieten ermittelt werden. Im Anschluß daran ließ sich eine Suizidrate von 1,5 % errechnen.

Der Anteil an Mehrfachaufnahmen liegt hoch über dem Durchschnitt. Dies trifft besonders für die psychotisch Kranken und die weiblichen Probanden zu.

Die relativ häufigen Einweisungen durch ein nicht-psychiatrisches Krankenhaus resultieren aus der vorläufigen Aufnahme in diese Krankenhäuser nach einem Suizidversuch und der anschließenden Verlegung in die UNK.

Die Untersuchung der sozialen Daten und der Diagnosen ergab folgende Auffälligkeiten: Stark überrepräsentiert sind die über 3o Jahre alten Ledigen sowie die Aufsteiger in der mittleren Mittelschicht. Die Schizophrenen fielen dadurch auf, daß sie relativ wenige Suizidversuche unternommen und sich alle innerhalb kurzer Zeit nach Entlassung getötet hatten.

Verschiedene Ergebnisse weisen auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Suizidprophylaxe hin. Dazu gehört z. B., daß sich zwei Drittel der Probanden innerhalb der ersten 6 Monate nach der Entlassung suizidierten oder daß ebenfalls zwei Drittel in gebessertem Zustand entlassen worden waren. Durch eine sorgfältige ambulante Nachbetreuung nach der Entlassung sowie eine sorgfältige Abklärung der sozialen Situation, in die der Patient entlassen wird, vor der Entlassung hätte vielleicht mancher Selbstmord vermieden werden können. Nicht zuletzt spricht auch die hohe Anzahl von Mehrfachaufnahmen für den Ausbau ambulanter therapeutischer Einrichtungen.

VII. LITERATURVERZEICHNIS

Anderson, N. P.: Suicide in Schizophrenia, Perspectives in Psychiatric Care, 11, 1o6 - 112 (1973).

Bolin, R. K., R. E. Wright, M. N. Wilkinson and C. K. Lindner: Survey of Suicide among Patients on Home Leave from a Mental Hospital, Psychiat. Quart., 42, 81 - 89 (1968).

Calov, B.: Verlegungen in psychiatrische Landeskrankenhäuser aus der Universitätsnervenklinik Tübingen (1967 - 1969), Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Heft 9, Hrsg.: Soziale Arbeitskreise an der UNK Tübingen, 1973.

Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Übersetzung der internationalen Klassifikation der WHO:ICD, 8. Revision, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer 1973.

Durkheim, E.: Der Selbstmord, Neuwied, Berlin: Luchterhand 1973.

Finzen, A.: Argumente für eine gemeindenahe Psychiatrie, Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Sonderband, Hrsg.: Soziale Arbeitskreise an der UNK Tübingen, 1974.

Finzen, A., F. Grünwald, F. Jantzen, H. Wiethölter und B. Rempp: Ansatzmöglichkeiten für eine gemeindenahe Psychiatrie und die Ungleichheit der psychiatrischen Versorgung, Werkstattschriften zur Sozialpsychiatrie, Heft 1, Hrsg.: Soziale Arbeitskreise an der UNK Tübingen, 1974.

Gardner, A. A., A. K. Bahn and M. Mack: Auicide and Psychiatric Care in the Aging, Archives of General Psychiatry, 1o, 547 - 553 (1964).

Haase, H.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten, Stuttgart, New York: Schattauer 1972.

Henseler, H.: Narzistische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords, Hamburg: Rowohlt 1974.

Innes, G. and W. M. Millar: Mortality among Psychiatric Patients, Scot. med., 15, 143 - 148 (197o).

James, I. P. and S. Levin: Suicide Following Discharge from Psychiatric Hospital, Archives of General Psychiatry, 1o, 43 - 46 (1964).

Kleining, G. und H. Moore: Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychiatrie, 12 II, 86 - 119 (196o).

Linden, K. J.: Der Suicidversuch. Versuch einer Situationsanalyse, Stuttgart: Enke 1969.

Linden, K. J.: Die Struktur der Selbstmordhandlung, Therapiewoche, 1972, 2216 - 2222.

Midenet, M., J. Midenet, M. Bouchardy et P. A. Lambert: Les Suicides survenant chez les malades mentaux après leur sortie de l'Hôpital psychiatrique et leur relation avec les états dépressifs survenant durant la même période, Le Journal de Médicine de Lyon, 48, 271 - 277 (1967).

Möllhoff, G.: Suizid in sozialmedizinischer und rechtlicher Sicht, Med. Welt, 23, 15o8 - 1512 (1972).

Neumann, M.: Suicide Proneness, The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 9, 39 - 51 (1971).

Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suicidalität, Bern, Stuttgart, Basel: Huber 1968.

Pokorny, A. D.: Suicide Rates in Various Psychiatric Disorders, The Journal of Nervous and Mental Disease, 139, 499 - 5o6 (1964).

Ringel, E.: Der Selbstmord, Wien, Düsseldorf: Maudrich 1952.

Ringel, E.: Selbstmordverhütung, Bern: Huber 1969.
Ritzel, G.: Beitrag zum Suizid in psychiatrischen Kliniken, Fortschr. Neurol. Psychiat., 42, 38 - 5o (1974).
Rorsman, B.: Suicide among Swedish Psychiatric Patients, Social Psychiatry, 8, 14o - 144 (1973).
Sanborn, D. E., T. M. Casey and G. D. Niswander: Monthly Patterns of Suicide and Mental Illness, Diseases of the Nervous System, 3o, 551 - 552 (1969).
Späte, H. F.: Suizidprophylaxe aus der Sicht eines Bezirkskrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 65, 1295 - 1299 (1975).
Statistik von Baden-Württemberg: Die Bevölkerung 1972, Bd. 195, Hrsg.: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart: 1973.
Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 197o, Hrsg.: Statistisches Bundesamt in Wiesbaden, Stuttgart, Mainz: Kohlhammer 197o.
Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch, Frankfurt: Fischer 1969.
Stonequist, E. V.: The Marginal Man, New York: Russell and Russell 1961.
Temoche, A., T. F. Pugh and B. MacMahon: Suicide Rates among Current and Former Mental Institution Patients, J. Nerv. Ment. Dis., 138, 124 - 13o (1964).
Tübingen in Zahlen, Statistischer Kurzbericht, hrsgg. vom Hauptamt der Universitätsstadt Tübingen 1971.
Wilson, G. C.: Suicide in Psychiatric Patients Who Have Received Hospital Treatment, Amer. J. Psychiat., 125, 752 - 757 (1968).
World Health Organization: World Health Statistics Report, Vol. 21, No. 6, Genf: 1968.

Yamamoto, J., M. Roath and R. Litman: Suicides in the "New" Community Hospital, Arch. Gen. Psychiatry, 28, 1o1 - 1o2 (1973).

Lebenslauf

Am 28. 12. 1950 wurde ich, Doris Müller, als Tochter des Schreinermeisters Alfred Müller und seiner Ehefrau Louise Müller, geborene Wißmann, in Stuttgart geboren.

Von 1958 bis 1962 besuchte ich die Grundschule, von 1962 bis 1966 die Mittelschule in Stuttgart Ostheim. Von 1966 bis 1967 besuchte ich in der Schloßrealschule in Stuttgart eine Übergangsklasse, in der Mittelschüler auf das Gymnasium vorbereitet wurden. Dort legte ich 1967 die Mittlere Reife ab und wechselte dann an das Königin-Katharina-Stift in Stuttgart über. An dieser Schule legte ich 1970 das Abitur ab.

1971 begann ich an der Universität Hohenheim das Medizinstudium. Ab dem Sommersemester 1972 war ich an der Universität Tübingen immatrikuliert, wo ich mit Bestehen der ärztlichen Prüfung am 5. Januar 1977 meine Studienzeit abgeschlossen habe.

Lebenslauf